

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

318

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel, Marius GENON-CATALOT

né le 5 Février 1928 à FITILIEU (Isère)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le Avril 1959

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RESULTATS
DE L'HEMICOLECTOMIE GAUCHE VRAIE.

Président : Mr. FUNCK-BRENTANO, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Michel, Marius GENON-CATALOT

né le 5 Février 1928 à FITILIEU (Isère)

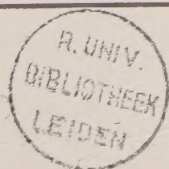
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le Avril 1959

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RESULTATS
DE L'HEMICOLECTOMIE GAUCHE VRAIE.

Président : Mr. FUNCK-BRENTANO, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0032

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof. à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Breca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Boucicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LAGOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologiques (Lariboisière)	ABRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
— (Prof ^r à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DEPARIS (M.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	MILLIEZ (P.)
Pharmacologie	GARCIN (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LÉGER (L.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.G.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		{ SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)		{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.	Pathologie expérimentale	
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)	Pathologie médicale	
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)		
Obstétrique	{ MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture. . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	KOZZIGONACCI (P.)	Psychiatrie infantile. . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (O.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie.	ROSSIER (A.)	Stomatologie.	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (A.), m.c. agr
Physiologie	LECHAT (P.)	Thérapeutique	GRELLET (M.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.		CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
	COUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)
	pr. s. ch.		
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
	OLIVIER (C.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
Clinique médicale.	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	
	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale.	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)
Secrétaires. M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires. } Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

qui restera pour moi un éternel
exemple.

A MES FRERES, et surtout

au Docteur Guy GENON-CATALOT

qui m'orienta vers les études médi-
cales et continue à me faire profiter
de son expérience d'ainé.

A MA FEMME

qui m'aida à persévérer jusqu'à la
réussite à l'Internat.

A MA FILLE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique à la
Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital BROCA

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

chez qui nous terminons notre Internat
et qui nous fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de notre thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
gratitude et de notre attachement.

A MON MAITRE

Le Docteur ALAIN MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital FOCH

qui nous a inspiré le sujet de ce
travail, et guidé avec beaucoup de
bienveillance et de sollicitude
pendant sa rédaction.

Nous avons passé dans son service six
mois : c'est peu pour assimiler un ..
enseignement quotidien aussi dense.

Qu'il trouve ici un témoignage bien
faible de toute notre gratitude.

A MON MAITRE

Le Docteur GUENIN,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

un peu responsable du choix de notre
thèse.

Qui nous fait l'honneur de nous garder
près de lui.

Qu'il trouve ici le témoignage de
notre reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT, dans les Hôpitaux de Paris

- Monsieur le Professeur CADENAT
- Monsieur le Professeur HAMBURGER
- Monsieur le Docteur WORMS
- Monsieur le Professeur DEBRAY
- Monsieur le Docteur ALBOT
- Monsieur le Professeur JULIEN MARIE
- Monsieur le Professeur Jean BERNARD

A MES MAITRES D'EXTERNAT EN PREMIER

- Monsieur le Docteur ROUQUES
- Monsieur le Professeur Agrégé CONTE

A MES MAITRES D'INTERNAT des Hôpitaux de Paris

-- Monsieur le Docteur THALEIMER

-- Monsieur le Docteur LANCE

-- Monsieur le Docteur OBERLIN

-- Monsieur le Professeur FEY

-- Monsieur le Docteur SOUPAULT

A Monsieur le Professeur Agrégé Gabriel RICHERT

A Monsieur le Professeur Agrégé FLABEAU

A Monsieur le Professeur Agrégé KUSS

A Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

A Monsieur le Professeur Agrégé ROBERT

A Messieurs les Docteurs

PILLET, MARQUAND et GARCIN.

TECHNIQUE, INDICATIONS ET RESULTATS DE
L'HEMICOLECTOMIE GAUCHE VRAIE

I N T R O D U C T I O N

Nous entendons par hémicolectomie gauche vraie (H.C.G.V.) l'intervention enlevant en monobloc ("en continuité" des auteurs américains) le colon gauche et son méso, depuis l'angle gauche jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne au minimum, avec ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine sur l'aorte, et de la veine mésentérique inférieure au niveau de l'angle duodéno-jejunal, terminée par le rétablissement immédiat de la continuité colique par anastomose colo-rectale. C'est la colectomie gauche vraie pour ROUX et CARCASSONNE.

Nous réservons le nom d'Hémicolectomie gauche simple à l'exérèse du colon gauche comportant seulement la ligature des branches de l'artère mésentérique inférieure à leur émergence de cette artère ; on verra que c'est elle que nous pratiquons pour les tumeurs de l'angle gauche, avec alors ligature de la veine mésentérique inférieure à l'angle duodéno-jéjunal et anastomose transverso-sigmoïdienne.

Ces définitions ne nous semblent pas inutiles à préciser, car en lisant les publications sur la chirurgie du colon gauche, on constate que ces deux interventions, pourtant très différentes sur les plans anatomique et carcinologique, sont le plus souvent désignées sous le même nom d'hémicolectomie gauche.

La discussion sur la chirurgie du cancer du colon gauche est ouverte en permanence, que ce soit en France ou à l'étranger, et toujours âprement débattue. Mais le plus souvent cette discussion ne porte que sur des points précis, de détail, tels que la meilleure technique d'anastomose (~~termino-terminale~~, latéro-latérale, latéro-terminale ou termino-latérale), la meilleure technique de suture (en un, deux ou même trois plans, à points séparés ou en surjet), la nécessité, l'importance et la technique de la dérivation pré ou per-opératoire, l'intérêt de péritoniser ou au contraire d'extra-péritoniser l'anastomose, les moyens de drainer, tous points qui ont certes leur importance, mais supposent que tous les chirurgiens sont d'accord sur les principes de base de cette chirurgie du cancer du colon gauche, principes admis depuis 50 ans au moins, et que tous sont satisfaits par les résultats éloignés de ces excrèses classiques. En effet, bien peu de travaux récents, en France au moins, remettent en cause l'étendue même de l'exérèse colique et mésocolique indispensable et la manière de la réaliser pour effectuer une intervention à visée réellement curatrice. On semble s'intéresser plus aux problèmes immédiats qu'aux problèmes éloignés de survie, de cette chirurgie.

Nous désirons montrer si possible que l'H.C.G.V. devrait être, à l'heure actuelle, l'intervention de principe, de routine, en matière de traitement curateur des cancers du colon gauche au même titre que l'hémi-colectomie droite, admise depuis fort longtemps, en matière de traitement curateur des cancers du colon droit. Nous nous appuierons pour cela d'une part, sur les travaux récents, surtout américains il est vrai, et d'autre part, sur la statistique homogène de 65 H.C.G.V. de notre Maître, le Docteur Alain MOUCHET, statistique allant des années 1951 à 1958 inclus.

Nous décrirons d'abord la technique d'H.C.G.V. employée, puis nous la discuterons, avant d'envisager ses indications et les résultats qu'elle nous a donnés, pour essayer enfin d'en tirer des conclusions pratiques.

T E C H N I Q U E

PREPARATION DES MALADES

Nous continuons à attacher une très grande importance à la préparation de nos opérés tant au point de vue local que général.

Nous assurons toujours :

- une vacuité colique aussi parfaite que possible par :

- . un régime sans résidus, mais cependant riche en glucides, protides et vitamines pendant une semaine
- . des purgations légères, par administration quotidienne pendant 6 jours, matin et soir, d'une cuillère à soupe du mélange purgatif de CHARRIER :

huile de paraffine	50 gr.
huile de ricin	50 gr.
teinture de belladone	100 gouttes.

qu'on arrête la veille de l'intervention.

- . des lavements évacuateurs les 3 ou 4 derniers jours jusqu'à ce que le liquide revienne propre.

Jamais de constipants ni d'opiacés, ni pré, ni post-opératoires

- la désinfection colique, en restant fidèle aux sulfamides intestinaux, sulfaguanidine à raison de 6 gr. par jour et à la streptomycine

cine buccale à raison de 1 gr. par jour, l'un et l'autre pendant 6 jours.

- une correction aussi rigoureuse que possible des troubles métaboliques, particulièrement de l'anémie et de l'hypoprotidémie, dont le rôle dans la genèse de certaines désunions anastomotiques n'est plus guère discuté aujourd'hui.

Les transfusions de sang isogroupe sont le meilleur moyen de corriger ces troubles.

Nous exigeons donc un état général satisfaisant, un colon plat, vide et propre, ce que nous procure dans la majorité des cas, cette préparation, et la dérivation colique préalable n'est effectuée que dans les formes compliquées, où cette préparation est alors insuffisante ou inefficace :

- abcès ou infection périnéoplasique importante ne cédant pas rapidement à la préparation locale et aux antibiotiques généraux divers, actuellement à notre disposition.
- occlusions aiguës.
- subocclusions ne cédant pas à l'aspiration intestinale, aux antispasmodiques, aux purgatifs et aux lavements.

Hormis ces cas compliqués, l'H.C.G.V. est toujours pratiquée d'emblée.

INTERVENTION

Il faut d'emblée signaler qu'il est indispensable d'avoir à sa disposition des instruments longs et de plus quelques instruments spéciaux, notre choix s'étant porté sur les passe-fils de Resano, sur les ciseaux longs de Craaford, les porte-aiguilles longs de Resano, et les clamps-coudés de Resano.

1°) Incision et exploration

L'opéré est placé en décubitus dorsal, la table en légère position de Trendelenburg, et légère inclinaison vers la droite.

L'opérateur se place à gauche, avec une instrumentiste à sa gauche et deux aides en face.

Incision médiane sous-ombilicale contournant l'ombilic à gauche et le dépassant en haut de un à deux travers de doigt.

Les lésions sont alors explorées, afin d'apprécier :

- la tumeur
 - son siège exact et son volume
 - sa mobilité ou au contraire
 - ses adhérences néoplasiques ou inflammatoires, à la paroi, et aux organes de voisinage :
 - vessie
 - uretère, gauche surtout
 - intestin grêle et grand épiploon.
- les adénopathies au niveau des groupes intermédiaires et principaux et éventuellement latéro-aortiques.
- les métastases éventuelles :
 - sur le foie
 - sur le péritoine et spécialement celui du petit bassin
 - sur l'intestin grêle et le mésentère
 - sur le grand épiploon.

Au terme de cette exploration, si l'exérèse semble logique et réalisable, l'incision est aussitôt complétée par un prolongement oblique partant de l'extrémité supérieure de la médiane et gagnant la 9^{ème} côte, réalisant une incision type Barraya. L'hémostase des muscles droits et larges est faite au fur et à mesure, à la demande,

Les champs à border sont cousus aux lèvres péritonéales, une valve sus-pubienne mise en place, ainsi qu'un écarteur autostatique de Ricard, ou plus rarement une valve dans l'hypocondre accrochée au piquet de A. Toupet. Ecarteur et valve sont recouverts de champs intestinaux imbibés de sérum chaud.

Le colon transverse avec le tablier épiploïque est extériorisé et rabattu en haut. Les anses grêles sont alors rassemblées et mises dans un sac de toile, baptisé culotte, imbibé de sérum chaud ; des cordonnets coulissants

permettent de reformer l'ouverture du sac autour de la racine du mésentère. Les anses grêles ainsi enfermées sont refoulées dans la moitié droite de l'abdomen et de cette manière ne gêneront plus au cours de l'intervention.

2°) Incision du péritoine et décollement du colon

Le péritoine est incisé ~~dans~~ la gouttière pariéto-colique gauche en partant du détroit supérieur et en remontant jusqu'au voisinage de l'angle gauche, puis en descendant le long du bord gauche du rectum.

Le décollement du colon et de son méso est commencé au niveau du détroit supérieur et mené jusqu'à l'aorte, afin de repérer aussitôt l'uretère gauche. Celui-ci est en effet la clef et le danger du clivage en arrière, et c'est à ce niveau qu'il est le plus facile de le repérer.

La dissection de l'uretère gauche est poursuivie aussitôt vers le bas jusqu'à ce qu'il gagne la paroi latérale du pelvis, et la libération du bord gauche du rectum est ainsi amorcée.

Le décollement colique est alors poursuivi vers le haut, aux ciseaux, aux doigts et au tampon monté, de bas en haut et de dehors en dedans, en rejetant en arrière l'uretère gauche et les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens. Ce décollement est poussé jusqu'au voisinage de l'angle gauche en haut et jusqu'au bord gauche de l'aorte en dedans. Un champ humide repéré est étalé dans la zone décollée et le colon gauche rabattu sur lui.

Le péritoine pré-aortique est incisé depuis le bord inférieur du 3ème duodénum jusqu'au promontoire, puis sur le bord droit du rectum. Cette incision descend plus ou moins bas selon le siège de la tumeur sur le colon, et l'incision transversale rejoignant l'incision péritonéale du bord gauche du rectum, passe donc à une distance variable du fond du cul-de-sac de Douglas, parfois à son niveau ou même sur son versant antérieur. L'uretère droit reste loin au cours de ce temps et ne court aucun danger, sauf dans les cancers du haut rectum où l'on passe très à distance du rectum.

En haut, cette incision péritonéale est prolongée sur le bord gauche du 4ème duodénum jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

La mobilisation de l'angle gauche est alors commencée. Ce temps est volontiers délicat chez les sujets gras, et dangereux en raison du voisinage de la rate, et nous déconseillons l'emploi de valves. Nous utilisons un ou deux écarteurs en S, ou mieux la valve accrochée au piquet de A. Toupet, pour soulever l'angle de l'incision. De plus, lorsque l'angle gauche est profond et le sujet gras, il est préférable que l'opérateur passe à droite pendant ce temps de libération de l'angle gauche, afin d'avoir une meilleure vue de la région.

Le colon transverse et le grand épiploon sont donc rabattus vers le bas, et on pratique :

- soit une incision du ligament gastro-colique, lorsqu'il s'agit d'un cancer du colon descendant ou lorsqu'il existe un envahissement du grand épiploon.
- soit un décollement colo-épiploïque dans tous les autres cas, en allant de l'angle gauche à la ligne médiane et au-delà, afin de libérer le bord supérieur du colon transverse et d'ouvrir largement l'arrière cavité des épiploons.

Une traction douce est exercée sur les deux jambages de l'angle gauche pour bien tendre ses attaches, qu'un aide soulève également au bout d'une pince au fur et à mesure. On sectionne ainsi le péritoine pariéto-colique en dehors, puis en haut celui de la racine du mésocolon transverse au bord inférieur du pancréas. Le ligament suspenseur de l'angle gauche est ensuite sectionné, de préférence entre des ligatures, car il contient le plus souvent un ou deux vaisseaux qui saignent en jet. L'angle gauche est progressivement décollé ainsi que son méso, sous contrôle de la vue, afin d'éviter :

- toute blessure des vaisseaux du mésocolon transverse et plus spécialement de l'arcade de Riolan, ce qui compromettrait la vascularisation de la partie gauche du colon transverse ;
- toute blessure de la rate et de son pédicule vasculaire, surtout les veines qui sont très proches ;
- il faut éviter aussi d'aller trop en arrière, ce qui conduirait dans la loge rénale, et pour ce faire il faut sectionner

les nombreux petits tractus fibreux qui amarrent en arrière l'angle gauche à la loge rénale. On suit ensuite le bord inférieur du pancréas, jusqu'au moment où la veine mésentérique inférieure s'engage sous lui.

3°) Ligature des vaisseaux

L'origine de l'artère mésentérique inférieure est disséquée au bord inférieur du 3ème duodénum, parfois même à sa face postérieure, juste à son émergence de l'aorte. Soulevée par un passe-fil de Resano, l'artère est pincée, liée de chaque côté de la pince, qui est alors enlevée, et l'artère est coupée à l'endroit écrasé par la pince.

La même manoeuvre est recommencée au niveau de la veine mésentérique inférieure qui est liée le plus haut possible, au niveau de sa courbe enjambant l'angle duodéno-jéjunal.

C'est au cours de ce temps de ligature des vaisseaux, surtout de la veine, que l'uretère gauche court un danger réel : il est en effet juste en arrière du pédicule de Treitz dans lequel chemine la veine mésentérique inférieure et il est facile de le charger en même temps que la veine. Pour éviter cet accident, nous basculons l'angle gauche et son méso pour contrôler à vue que l'uretère n'a pas été chargé sur le passe-fil, avant de lier les vaisseaux.

4°) Terminaison de la dissection

Les vaisseaux liés et coupés, la section du méso préaortique est achevée : il faut parfois lier quelques petits pédicules vasculaires.

Au devant du promontoire, la lame présacrée est disséquée et sectionnée entre deux ligatures, car elle contient de petits vaisseaux.

Il reste à effectuer la libération du rectum, poussée plus ou moins bas et plus ou moins au large selon le siège de la tumeur sur le colon.

Pour les lésions iliaques et sigmoïdiennes hautes ou moyennes, seuls les premiers centimètres sont libérés par un décollement recto-rectal au doigt et au tampon mouillé et par quelques coups de ciseaux sur les tractus avasculaires des bords droit et gauche du rectum.

Au contraire pour les lésions sigmoïdiennes basses, recto-sigmoïdiennes et rectales hautes, la libération du rectum et de son méso est menée très au large, enlevant la lame présacrée en arrière, et descend très bas, au besoin jusqu'à quelques centimètres de l'anus, c'est-à-dire jusqu'aux releveurs recouverts de l'aponévrose pelvienne, nacrée. Elle comporte alors la ligature et la section des pédicules hémorroïdaux moyens, qui forment de chaque côté des haubans que l'on soulève sur le doigt avant de les charger et de les couper entre deux ligatures. Ce temps est le temps classique de libération du rectum au cours des cancers et nous n'y insisterons donc pas plus.

5°) Section de l'intestin

L'angle colique gauche est descendu dans le pelvis en le plaquant sur la paroi postérieure, comme il le sera, l'intervention terminée, et amené au contact de la face postérieure du rectum, sans tension ni flottement. Les deux zones de section sont ainsi choisies et repérées. Si le mésocolon transverse tendait trop, on peut gagner quelques centimètres en le sectionnant juste en dehors de l'angle duodéno-jéjunal jusqu'au voisinage de l'arcade de Riolan, et au besoin même en coupant un ou deux vaisseaux coliques moyens accessoires qui se jettent dans cette arcade. Nous l'avons pratiqué deux fois sans ennui.

Le mésocolon est sectionné, après hémostase de l'arcade de Riolan et parfois de quelques vaisseaux plus petits, en regard de la zone de section colique choisie. Celle-ci est située au voisinage immédiat de l'angle gauche ainsi qu'on le verra plus loin. Le colon est dégraisé sur deux centimètres environ et sur toute sa circonférence.

On le sectionne alors entre un écraseur de Pauchet sur le bout proximal et une grande pince de Köcher sur le bout distal, qui est aussitôt protégé sous une compresse et abandonné. La tranche proximale est iodée et fermée par un surjet à la Mayo de lin ou de soie. La pince de Pauchet est enlevée, le surjet serré et noué, deux bourses enfouissantes complètent cette fermeture du bout colique supérieur, qui est provisoirement abandonné.

La pièce est rabattue en avant et le rectum est sectionné entre :

- en bas, un clamp coudé de Resano placé 5cm. environ au-dessus de la zone de suture choisie.

- au-dessus, un autre clamp courbe,

ces deux clamps prenant le rectum et son méso.

La pièce est enlevée et la tranche rectale iodée. Le clamp de Resano est aussitôt amarré au rectum de chaque côté par un point transfixiant passant par les fentes de chaque mors, pour éviter qu'il ne glisse en tirant sur lui.

6°) Préparation du bout rectal

Le rectum est basculé en avant, et on commence la section du mésorectum étalé sur sa face postérieure, au niveau de la future suture. Ce temps est long (20 minutes en moyenne), toujours minutieux, parfois délicat surtout lorsque la suture est très basse, mais capital pour la qualité et la sécurité de l'anastomose.

Le mésorectum est étalé et plaqué sur la face postérieure du rectum par un plan fibreux (fascia recti) qu'il faut inciser délicatement d'abord. Puis, pas à pas, ce méso est disséqué au passe-fil de Resano, pincé et lié de part et d'autre de la pince avant d'être coupé. Il faut qu'à la fin de cette dissection la face postérieure du rectum soit nue, mais intacte, les fibres musculaires bien visibles sur une hauteur de un à deux cm.

Cette section est d'autant plus délicate que l'anastomose sera basse.

Dans ces cas, il faut non seulement couper sur les côtés la partie supérieure en règle avasculaire des ailerons moyens formant haubans et que l'on soulève facilement sur le doigt, mais aussi le pédicule hémorroïdal moyen lui-même.

7°) Anastomose transverso-rectale

L'anastomose est toujours latéro-terminale, en deux plans, à points séparés, avec recoupe du bout rectal.

Le bout colique est amené par son bord convexe, libre, au contact de la face postérieure du rectum, en faisant attention à ne pas tordre le mésocolon transverse. La largeur de l'incision nécessaire est repérée, et un clamp souple gainé de caoutchouc placé un peu au-dessus sur le colon seul, qui est alors incisé sur son bord libre entre les deux bandelettes, antérieure et postéro-inférieure, le plus près possible de la fermeture colique, pour avoir un cul-de-sac le plus petit possible. L'hémostase de l'incision est minutieusement faite au catgut 00 ou même 000, et la lumière colique nettoyée avec de petits tampons imbibés d'éther.

Le rectum étant tendu et rabattu en avant grâce au clamp de Resano, le premier plan postérieur est effectué, à points séparés de soie 00 sur aiguilles enfilées, points séro-musculaires sur le colon et musculaires sur le rectum ; sur le colon, ils chargent la bandelette antérieure tandis que sur le rectum ils sont placés à la limite inférieure de la zone déponillée ; aussitôt passés, ils sont repérés par des pinces fixées dans l'ordre sur un champ. 5 à 7 sont ainsi mis en place, à raison de 1 tous les 4mm. environ. Ces fils étant maintenus tendus, un aide fait descendre le colon au contact du rectum et l'y maintient, tandis que l'opérateur noue tous les fils. Les deux fils extrêmes sont gardés et repérés sur pince, les autres coupés.

La face postérieure du rectum est alors incisée un bon cm. audessus de ce premier plan afin d'avoir une étoffe suffisante pour le deuxième plan lorsque la traction sur le rectum cessera. Il est presque constant que quelques vaisseaux donnent en jet : ils sont soigneusement hémostasiés au catgut fin.

Le plan total postérieur est alors effectué, à points séparés de soie 00 sur aiguilles enfilées, placés tous les 3 à 4 mm. Ces points sont noués au fur et à mesure, les chefs confiés à un aide qui les tend, ce qui facilite la confection de la suture, surtout lorsqu'elle est très profonde. Ce plan terminé, les deux fils extrêmes sont gardés et repérés sur pince, les autres coupés.

On achève alors la section du rectum au niveau de sa face antérieure et la recoupe est enlevée. L'hémostase de la tranche antérieure est

effectuée. Le plan total antérieur est cousu, comme le plan total postérieur, à point séparés invaginants, aussitôt noués et coupés dès que le point suivant est passé. Ce plan est mené à partir de chaque angle et terminé à la partie moyenne, entre deux points d'appui scro-musculaires, par un point en U direct, si les points invaginants ne peuvent être effectués pour cette portion terminale.

Le deuxième plan antérieur, séro-musculaire, est enfin cousu, tous les fils sont coupés et l'anastomose descend à sa place dans le pelvis.

8°) Péritonisation et drainage.

La cavité abdominale et les zones de décollement sont nettoyées et débarrassées des caillots éventuels. La péritonisation est commencée sur la ligne médiane à points séparés en U de soie 00 sur aiguilles enfilées, entre :

- en-deçà :

- en haut, le péritoine pariétal postérieur sectionné sur le bord gauche du 4ème duodénum,
- à la partie moyenne, le péritoine pré-aortique
- en bas, la tranche droite du péritoine pelvien.

- en-dehors : la tranche de section du mésocolon transverse, qui est ainsi plaqué contre la paroi postérieure. Tout en bas, ce méso s'étant attaché au bord mésocolique du colon, c'est avec la face antérieure du cul-de-sac colique qu'est achevée cette péritonisation sur la ligne médiane lorsque l'anastomose est intra-péritonéale. De ce fait, ce cul-de-sac est sous-péritonéal.

Cette péritonisation est menée de haut en bas, en faisant bien attention :

- de fermer soigneusement l'angle supérieur de la brèche, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal,
- de ne pas blesser un vaisseau de mésocolon transverse.

Sur la ligne médiane dans le pelvis, il n'y a de péritonisation à faire que si l'anastomose est très basse, sous-péritonéale. Dans ce cas, la lèvre antérieure du péritoine du cul-de-sac de Douglas est suturée au

colon abaissé au-dessus de l'anastomose. Sinon l'anastomose est spontanément péritonisée sur sa face antérieure.

Avant d'effectuer la péritonisation en dehors, un ou deux drains aspiratifs de Rédon sont mis en place, sortant à travers le flanc gauche, en position sous-péritonéale :

- le premier, constant sauf en cas d'hystérectomie totale associée où on se contente parfois d'un simple drainage vaginal, est placé dans la concavité sacrée, descendant jusqu'au niveau de l'anastomose et même un peu en-dessous,
- le deuxième, inconstant, est placé plus ou moins haut dans la zone de décollement du flanc gauche.

La péritonisation est alors faite en dehors, au-dessus de ces drains, de bas en haut, à points séparés de soie toujours, entre :

- en dehors, la lèvre de section du péritoine pariétal qui prête fort bien
- en dedans, le bord libre du colon transverse abaissé, qui est ainsi **plaqué** contre la paroi postérieure, un peu comme un colon descendant normal.

Cette péritonisation est arrêtée à la partie supérieure du flanc gauche, lorsque le péritoine pariétal tend trop et risque de couper sous les points. La péritonisation de l'hypocondre gauche est faite avec le grand épiploon, lorsqu'il a été conservé, fixé ou non par quelques points au péritoine pariétal et au colon.

9°) Fermeture de la paroi

La toilette péritonéale est vérifiée une dernière fois, et les anses grèles libérées de leur sac. L'incision est fermée :

- au niveau de l'oblique, soit en seul plan de fils non résorbables chargeant le péritoine et les deux feuillets antérieur et postérieur de la gaine du droit, soit en deux plans, de fils non résorbables, le premier chargeant péritoine et feuillet aponévrotique postérieur, le deuxième le seul feuillet antérieur de cette gaine.

- au niveau de la médiane sous-ombilicale, un seul plan péritonéo-aponévrotique, de fils non résorbables.

La peau est enfin suturée séparément.

On voit donc que la seule variante notable de cette intervention tient à la libération plus ou moins poussée vers le bas du rectum, avec en corollaire sa section plus ou moins basse :

- soit sur le rectum péritonisé, en cas de tumeur siégeant sur le colon descendant ou sur le colon sigmoïde haut et moyen, et dans ces cas l'anastomose sera au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas et partiellement péritonisée.
- soit sur le rectum sous-péritonéal, en cas de tumeur siégeant sur le recto-sigmoïde ou même la partie supérieure de l'ampoule rectale, et l'anastomose sera spontanément sous-péritonéale et extra-péritonisée au fond du pelvis.

Telle est la technique d'H.C.G.V. employée régulièrement dans le Service de notre Maître, le Docteur Alain MOUCHET.

L'ayant ainsi décrite dans son ensemble, nous allons maintenant la discuter point par point.

DISCUSSION DE LA TECHNIQUE D'HEMICOLECTOMIE GAUCHE VRAIE

1) - Les raisons d'une exérèse large du colon et de son méso

Il importe tout d'abord de préciser pour quelles raisons nous faisons une exérèse aussi large du colon et de son méso, contrairement aux données classiques.

C'est avant tout parce qu'elle est la seule logique sur le plan carcinologique. En effet l'intervention classique, la colectomie segmentaire, est basée sur les études histologiques anciennes. Celles-ci semblaient prouver que d'une part l'envahissement ganglionnaire était tardif et restait longtemps limité aux ganglions épicoliques et paracoliques (envahis dans 50 % des cas), les ganglions intermédiaires n'étant envahis que dans 18 % des cas et jamais directement, et les ganglions principaux pratiquement jamais, et que d'autre part l'envahissement sus et sous-jacent des ganglions marginaux n'existait jamais à plus de 13 cm de la tumeur et uniquement lorsque les relais directs étaient bloqués. Pour les lésions recto-sigmoïdiennes et rectales, l'envahissement se faisant uniquement par voie ascendante, les ganglions marginaux sous-jacents à la tumeur n'étaient jamais envahis à plus de 4 cm. Ces données histologiques justifiaient donc une exérèse limitée enlevant la tumeur, 15 cm. de colon au-dessus et au-dessous et un coin mésocolique avec les ganglions intermédiaires ; pour les tumeurs du recto-sigmoïde et du rectum il suffisait même de passer 5 à 7 cm en-dessous.

Mais les travaux les plus récents ne permettent plus de partager cet optimisme. En effet :

- diverses statistiques montrent une survie à 5 ans nettement supérieure pour les cancers du colon droit que pour les cancers du colon gauche, et seule la non extirpation des ganglions envahis semble devoir expliquer cette différence.
- WANGENSTEEN, en 1954, au cours de réinterventions (second look) après exérèses classiques liant les vaisseaux selon MILES au niveau de l'artère hémorroïdale supérieure, trouve 43 % de lymphatiques restants envahis dans les cancers du rectum et 48 % dans les cancers du colon; il en conclue évidemment que les interventions classiques laissent un cancer résiduel dans près de 50 % des cas.
- Divers travaux américains et brésiliens entre autres, prouvent de plus l'existence de collecteurs lymphatiques longs, sautant le relai des ganglions intermédiaires (JAMIESON et DOBSON, OLIVEIRA, SAUER).
- GRINELL et HIATT en 1952, sur 41 pièces de résection pour cancer du colon et du rectum, trouvent un envahissement ganglionnaire du groupe principal à l'origine de l'artère mésentérique inférieure dans 7 cas, soit dans 17 %.
- ROSI, en 1954, sur 36 cas, trouve un envahissement ganglionnaire:
 - dans 3 cas (8%) à moins de 1 cm. de l'origine de l'artère mésentérique inférieure sur l'aorte.
 - dans 5 cas (14 %) à moins de 2 cm.
 - dans 8 cas (22 %) à moins de 3 cm, soit dans 44,4 % des cas à moins de 3 cm.

On voit donc l'importance indiscutable d'enlever parfois un seul cm. de plus.

- MAC ELWAIN, BACON et TRIMPI, en 1954, trouvent un envahissement du groupe principal dans 17,8% de leurs pièces d'exérèse recto-colique et plus précisément :
 - 4 fois sur 18 cancers du sigmoïde (22,2 %)
 - 8 fois sur 38 cancers du haut rectum (21 %)
 - 4 fois sur 30 cancers du bas rectum (13,3 %)
- soit plus de 20 % dans les cas justiciables d'un rétablissement immédiat de la continuité colique.
- MAC ELWAIN et VALIENTE, en 1954 et 1955, étudiant les pièces d'H.C.G.V. de chez BACON, trouvent 19,7 % d'envahissement ganglionnaire à l'origine et au voisinage immédiat de l'origine de l'artère mésentérique inférieure.
- BACON et TRIMPI, en 1955, trouvaient sur 116 cancers rectaux 22 fois un envahissement du groupe principal, soit le chiffre très voisin de 19,4 %.
- BERTRAND, FRANCILLON et Coll. en 1957, avaient trouvé 5 fois ce groupe envahi sur 25 pièces (20 %).
- GILCHRIST et DAVID, sur 11 cas autopsiés peu après une résection segmentaire, trouvent 4 fois un envahissement ganglionnaire au-delà de la résection.

Parmi nos observations, qui comportent 57 cas de cancer du colon gauche et du haut rectum, l'étude histologique des ganglions du groupe principal à l'origine de l'artère mésentérique inférieure, a été faite 43 fois (les 14 autres fois, l'examen histologique n'a pas été fait, a été égaré ou ne précise pas formellement qu'il s'agit bien des ganglions du groupe principal). 7 fois, ces ganglions furent trouvés envahis, 6 fois dans des localisations rectales et sigmoïdiennes et une fois dans un cancer du colon descendant. Notre pourcentage global d'envahissement est donc de 16,26 %, et même si l'on admettait au pire que les 14 cas non étudiés avec la rigueur voulue étaient tous négatifs, le pourcentage d'envahissement est

encore de 12,28 %. Et nos études histologiques sont loin d'avoir eu la rigueur des études américaines.

La concordance de ces travaux récents est formelle, et oblige à réviser nos conceptions anciennes sur l'envahissement ganglionnaire des cancers du colon gauche et du rectum, et par là même la sanction chirurgicale qui en découlait. D'ailleurs ROUX et CARCASSONNE dans leur livre sur "les cancer du colon" écrivent, page 58, "pour les tumeurs sigmoïdiennes basses et recto-sigmoïdiennes, l'ablation du groupe ganglionnaire principal, et partant la section haute de l'artère mésentérique inférieure, semble hautement recommandable".

Peu à peu l'H.C.G.V. gagne du terrain, et certains, tel le Professeur QUENU, veulent bien admettre cette exérèse large si l'on sent des ganglions à l'origine de l'artère à l'exploration : il s'agirait là d'une H.C.G.V. de nécessité. En fait, les données du palper ne permettent pas de conclure ipso facto à l'envahissement ou non de ces ganglions. MAC ELWAIN, BACON et TRIMPI disent qu'une moitié seulement des ganglions mésentériques inférieurs envahis était accompagnée de ganglions palpables. Dans notre série, 23 fois des ganglions furent perçus à l'exploration : 6 fois il y avait envahissement histologique et 17 fois des ganglions banaux; 19 fois on ne perçut aucun ganglion au palper : 1 fois il y avait cependant un envahissement ganglionnaire, et 18 fois que des ganglions banaux. Il est donc impossible de compter avec certitude sur la seule exploration per-opératoire pour décider de l'étendue de l'exérèse nécessaire.

L'H.C.G.V. ne peut donc pas être une intervention de nécessité, elle ne peut être qu'une intervention de principe, et BACON nous semble très bien poser le problème en appelant le groupe ganglionnaire de l'origine de l'artère mésentérique inférieure "le creux axillaire de l'abdomen". Or, en l'absence de traitement par les radiations, il ne viendrait à l'esprit d'aucun chirurgien de ne pas faire un curage ganglionnaire axillaire dans un cancer du sein : ce serait faire une intervention palliative ou de propreté ! Or en matière de traitement du cancer colique, le seul recours est pour l'instant chirurgical, et, à la lumière des travaux cités, nous

pensons comme de nombreux chirurgiens français et étrangers, que l'ablation large du mésocolon depuis l'origine de l'artère mésentérique inférieure est une nécessité absolue, si l'on veut faire un traitement vraiment curateur des cancers du colon gauche : l'H.C.G.V. doit donc être l'intervention de principe.

D'autres, pour refuter l'intérêt de l'H.C.G.V., ont argué, non sans justesse, que si les ganglions principaux étaient envahis, il était probable que des métastases existaient dans les ganglions latéro-aortiques et même au-delà, et qu'une exérèse aussi large était donc inutile. C'est là un problème commun à toute chirurgie du cancer; il est possible que ces pessimistes aient raison, c'est même certain dans de nombreux cas, mais seule l'évolution permet de leur donner raison ou non : il nous est encore impossible, même à ventre ouvert, de savoir si cette ultime barrière accessible chirurgicalement a été franchie ou non. Mais ce qui par contre est également certain c'est que dans tous ces cas, se contenter d'une exérèse segmentaire classique c'est laisser en place un cancer résiduel et ne faire sûrement qu'une opération palliative. En faisant une H.C.G.V., nous ne pouvons prétendre guérir avec une certitude absolue tous nos opérés ; nous pensons seulement leur donner le maximum de chances de guérir et en sauver un certain nombre condamné par une simple exérèse classique. D'ailleurs la survie de nos opérés, dont les ganglions principaux étaient envahis, nous semble un encouragement à persévérer. En effet, sur nos 7 cas :

- 1 est récent (obs. 54) et s'accompagne de métastases hépatiques ;
 - 2 sont trop récents pour avoir de la valeur (2 mois dans l'obs. 57 et 9 mois dans l'obs. 58)
 - mais parmi les 4 cas suffisamment anciens, certes deux sont morts de métastases rapides.
- Obs. 20 : métastases cérébrales probables 4 mois après l'H.C.G.V.
Obs. 24 : 7 mois plus tard, métastases généralisées.

Ces deux cas donnent raison aux pessimistes.

Par contre, les deux autres sont en vie et sans aucun signe apparent de récurrence à l'heure actuelle, l'une (obs. 21), 4 ans et 9 mois après, l'autre (obs. 24) 3 ans et 9 mois après l'H.C.G.V. Nous croyons pouvoir af-

firmier que ces deux malades seraient maintenant mortes si nous ne leur avions fait une H.C.G.V. et grâce à cette intervention large il semble qu'on puisse espérer guérir entre 25 et 50 % des sujets ayant un envahissement du groupe ganglionnaire principal, ce qui ne modifiera pas radicalement les pourcentages de survie à 5 ans mais doit cependant les améliorer un peu.

Nous dirons même mieux : même si la survie de nos opérés, dont les ganglions principaux étaient envahis, n'était aussi encourageante, nous persisterions dans notre manière d'opérer car un seul cm. d'exérèse supplémentaire est peut être nécessaire et suffisant pour passer au-delà du dernier ganglion envahi, ainsi que le montrent éloquemment les chiffres déjà cités de ROSI et ceux de GILCHRIST et DAVID. Même si l'on juge suffisant d'enlever le seul groupe ganglionnaire intermédiaire, celui-ci étant étalé au contact même de l'artère mésentérique inférieure, le seul moyen de l'enlever en totalité est de sacrifier cette artère.

En conclusion l' H.C.G.V. nous semble à l'heure actuelle la seule intervention logique sur le plan carcinologique pour le traitement vraiment curateur des cancers du colon gauche, non seulement pour les lésions sigmoïdiennes basses et rectales hautes, mais aussi pour celles du colon descendant et du sigmoïde haut et moyen puisque trois de nos 7 cas correspondent à une telle localisation (obs. 20, 21 et 57).

2) - La ligature haute des vaisseaux

Pour l'artère mésentérique inférieure, on y est contraint par l'exérèse ganglionnaire large. Pour la veine mésentérique inférieure, il serait possible de la lier plus bas, au même niveau que l'artère. Trois arguments essentiels militent en faveur de sa ligature le plus haut possible, donc à l'angle duodéno-jéjunal. :

- l'exérèse du groupe ganglionnaire principal s'en trouve facilitée et surtout plus complète, car ce groupe déborde volontiers au-dessus de l'origine de l'artère, derrière le duodéno-pancréas; anatomiquement ce sont alors des ganglions aortiques, mais l'o-

origine de l'artère mésentérique inférieure est très variable en hauteur, et pour être sûr de faire un curage ganglionnaire correct, il faut savoir parfois aller jusque derrière le bloc duodéno-pancréatique, et seule la ligature très haute de la veine permet d'y accéder facilement. D'ailleurs récemment GARNETT et AULT, de même que BACON et TREMPI, proposent de prendre la veine rénale gauche comme repère supérieur de la dissection lymphatique, en raison de la trop grande variation de niveau de l'artère et même du bloc duodéno-pancréatique.

- Le deuxième argument est du même ordre : il existe une chaîne ganglionnaire accompagnant la veine, et il est préférable de l'enlever.
- Le dernier argument est purement technique : du fait de cette ligature haute de la veine, le mésocolon est d'emblée sectionné jusqu'à sa racine, donc jusqu'à sa partie mobile et au plus près de l'angle duodéno-jéjunal, qui est la charnière du colon transverse abaissé. Ainsi profite-t-on au maximum de la longueur du colon transverse lors de l'abaissement.

3) - La ligature première des vaisseaux mésentériques

Les chirurgiens américains pratiquent systématiquement la ligature première des vaisseaux, et spécialement de la veine mésentérique inférieure. En effet, dans l'étiologie des décès secondaires, les métastases hépatiques sont responsables de nombreux échecs, alors qu'il ne semblait pas en exister, ni cliniquement ni à l'intervention. Cherchant les explications possibles à cette fréquence des métastases hépatiques secondaires, ils ont pensé que la mobilisation per-opératoire de la tumeur et de son méso envahi, alors que le courant veineux n'est pas encore interrompu, peut être responsable d'embolies veineuses de cellules cancéreuses viables vers le foie ; ainsi les métastases hépatiques peuvent être favorisées et même créées par le chirurgien lui-même. Cette thèse est appuyée d'une part sur la fréquence de l'envahissement cancéreux histologique des veines au voisinage de la tu-

meur, aux environs de 30 % dans les diverses statistiques, et d'autre part sur la présence dans le sang veineux mésentérique de cellules cancéreuses viables dans également 30 % des cas environ ; ces deux envahissements, histologique et cytologique, peuvent exister simultanément ou séparément.

ADAMSON, en 1957, donne, à notre connaissance la seule statistique de survie à 5 ans en fonction à la fois de l'atteinte ganglionnaire et de l'envahissement veineux dans les cancers colo-rectaux :

- 61,6 % de survie dans les cas sans envahissement ni ganglionnaire ni vasculaire
- 26,1 % de survie dans les cas avec double envahissement ganglionnaire et vasculaire.
- 42,1 % de survie dans les cas avec seul envahissement vasculaire.
- 30,4 % de survie dans les cas avec seul envahissement ganglionnaire.

On ne peut donc nier l'intérêt indiscutable de ces travaux, mais les auteurs américains eux-mêmes reconnaissent qu'ils n'en sont encore qu'au stade des recherches. Il est bien difficile en effet de savoir si la greffe cancéreuse hépatique a eu lieu pendant l'intervention et non pas peu de temps auparavant. COLE, qui le premier orienta les recherches dans ce sens, pratique même des injections intra-veineuses de moutarde à l'azote post-opératoires, lorsqu'il craint l'existence d'embolies cancéreuses per-opératoires malgré les précautions prises, ceci à la suite de travaux expérimentaux chez l'animal.

De nombreux chirurgiens américains considèrent donc que la ligature première des vaisseaux est une précaution supplémentaire dont on aurait tort de se priver. Pour notre part nous ne l'avons pas pratiquée jusqu'à présent, mais nous la ferions aux prix d'une minime modification de notre technique, si les travaux ultérieurs confirmaient que les métastases hépatiques sont ainsi moins fréquentes. Nous devons dire toutefois que la ligature première des vaisseaux, et surtout celle de la veine, représente un danger supplémentaire indiscutable pour l'uretère gauche, le colon n'étant pas

encore décollé. C'est un risque à ne pas sous-estimer.

Tels sont les arguments, basés sur des statistiques et des travaux sérieux et concordants, qui nous ont incités à abandonner la classique colectomie segmentaire au profit de l'H.C.G.V. dans le traitement des cancers du colon gauche et du haut rectum.

Ayant ainsi discuté les bases théoriques de l'H.C.G.V. nous allons maintenant discuter la technique elle-même, et donner les raisons qui nous l'ont fait adopter.

1) - L'incision

Au début nous avons pratiqué l'incision latérale du flanc et la para-rectale gauche. Nous les avons abandonnées car :

- elles sont longues à ouvrir et à fermer
- elles donnent un mauvais jour sur l'angle gauche, surtout lorsque celui-ci est haut sous la coupole diaphragmatique ; le décollement se fait à bout d'instruments, avec une mauvaise visibilité. Ce temps était très délicat et dangereux.
- elles donnent également un jour très faible en dedans, au niveau de l'axe aortique. Satisfaisantes pour une colectomie segmentaire, elles ne le sont plus pour une H.C.G.V. ou les temps délicats sont en dedans sur l'aorte, en haut sur l'angle gauche et en bas sur le bas rectum, et non plus seulement en dehors.

C'est pourquoi nous avons adopté l'incision de BARRAYA et lui sommes restés fidèles depuis 1953. En effet :

- elle est facile et rapide à ouvrir et à fermer, considération importante pour une intervention dont la durée est très allongée par rapport à la colectomie segmentaire.
- elle donne un bon jour sur l'angle gauche, l'opérateur passant éventuellement à droite si l'angle est très profond.
- elle donne également un excellent jour en dedans et en bas, dans les cas d'anastomoses très basses.

- elle permet de plus de faire toute l'exploration par une simple médiane sous-ombilicale, et si l'H.C.G.V. est jugée illogique la médiane suffit pour faire une colectomie segmentaire, et permet, en cas de simple anus de dérivation, de faire celui-ci à distance de la voie d'abord dans une incision spéciale appropriée.

2) - Le décollement du colon

Ce temps ne nous semble guère devoir prêter à de longues discussions car les divers éléments en sont tous classiques. Le repérage premier de l'uretère au niveau des vaisseaux iliaques est bien connu. L'intérêt de libérer le colon descendant et le colon transverse avant de commencer la libération de l'angle gauche est également connu actuellement. Il nous semble également préférable de terminer par la libération du rectum plutôt que de commencer par elle comme l'ont proposé certains.

3) - Le niveau de la section supérieure du colon

Ce niveau est un peu variable selon la localisation de la tumeur, mais il est toujours situé à plus de 20 cm au-dessus du pôle supérieur de la tumeur, parfois à 30 et même à 40 cm au dessus de ce pôle, donc bien au-delà des limites classiques.

Cette section se fait au voisinage de l'angle gauche, non en un point fixe mais à la demande : dans les cancers du colon descendant elle porte franchement sur la branche ascendante de l'angle gauche, tandis que pour les localisations plus basses, sur le sigmoïde, le recto-sigmoïde ou le haut rectum, elle porte sur l'angle gauche lui-même ou sur sa branche descendante, selon la longueur du colon transverse, pour que la suture ne soit pas sous tension.

Mais de toute manière, cette section reste proche de l'angle gauche, et de ce fait la tranche de section colique supérieure saigne toujours en jet, car elle est très bien vascularisée par l'arcade de Riola. Nous n'avons jamais du recourir à l'artifice de la recoupe successive, préconisée par CAHEN, et qu'utilisent BERTRAND ET FRANCILLON, qui, coupant à l'économie sur le haut sigmoïde ou la partie basse du colon descendant, font

des recoupes à la demande : ils reconnaissent que le bout supérieur ne saigne alors jamais franchement, mais "bave" le sang. Ceci explique peut être la fréquence des fistules dans leur statistique.

Dans notre pratique, où nous coupons toujours haut, l'hémostase de l'incision d'anastomose a toujours été indispensable et nous n'avons jamais eu de crainte quant à la vascularisation du bout colique supérieur. Ceci confirme les données pratiques de nombreuses statistiques :

- CASTRO sur 75 cas
- GARNETT et AULT sur plus de 100 cas
- ROSI sur 49 cas.
- BACON sur 316 cas de ligature de l'artère mésentérique à son origine.

n'ont jamais noté une vascularisation déficiente du bout colique supérieur. Ainsi un des reproches fait à la ligature haute de l'artère mésentérique inférieure se révèle-t-il inexact dans la pratique, ainsi que les travaux anatomiques, d'A. TOUPET entre autres, le laissaient prévoir.

4) - Le niveau de la section inférieure.

Nous avons déjà dit que l'une des variantes essentielles de notre technique tenait à la libération plus ou moins basse du rectum. De même le niveau de section est variable selon la localisation.

Dans les cancers du colon descendant et du sigmoïde haut et moyen cette section porte toujours à plus de 15 cm en dessous du pôle inférieur de la tumeur, selon les données classiques.

Par contre pour les cancers recto-sigmoïdiens et rectaux, il est classique de n'exiger qu'une section portant 5 à 7 cm en dessous du pôle inférieur de la tumeur, en raison d'un envahissement lymphatique rétrograde ne dépassant jamais 4 cm en dessous de la tumeur. Nous sommes plus exigeants et ce n'est pas par manie chirurgicale. En effet, comme le fait fort justement remarquer ROSI, toutes ces études en cm ont été faites sur des pièces non pas fraîches, mais fixées et formolées, donc très rétractées. Et les cm. de pièces rétractées correspondent à 2 et même 3 cm sur le vivant,

d'autant plus qu'on tire toujours sur la pièce en opérant. ROSSI n'enlève jamais moins de 12 cm en dessous et va même jusqu'à 15 cm. Nous pensons que 10 cm est un minimum et nous enlevons plus si possible. Faire moins nous semble être un risque considérable de récurrence au niveau de l'anastomose, et explique peut-être la fréquence des récurrences sur l'anastomose dans de nombreuses statistiques, beaucoup plus que la desquamation des cellules cancéreuses viables dans la lumière colique invoquée par divers auteurs américains, ainsi que nous le verrons plus loin. BERTRAND et FRANCILLON en sont arrivés à la même conclusion, à la suite de 3 cas où, n'ayant pas voulu respecter cette règle, ils ont observé 3 récurrences sur l'anastomose : eux aussi exigent maintenant un minimum de 10 cm en dessous de la tumeur. Dans notre seul cas de récurrence précoce sur l'anastomose la section n'avait porté que 6 cm en dessous de la tumeur (obs. 40).

Ainsi - dans les cancers du colon descendant, nous coupons sur le bas sigmoïde, soit plus de 20 cm en dessous au minimum.

- dans les cancers du sigmoïde haut et moyen, nous coupons sur la charnière recto-sigmoïdienne ou sur l'ampoule rectale, soit plus de 15 cm. en dessous.

- dans les cancers de la jonction recto-sigmoïdienne et du haut rectum, nous coupons toujours sur le rectum sous-péritonéal, parfois à 3 ou 4 cm de l'anus, mais toujours à au moins 10 cm en dessous de la tumeur actuellement.

On a également reproché à la ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine de faire courir un gros risque de mauvaise vascularisation au bout rectal ou colique inférieur.

De nombreux travaux anatomiques ont été fait à ce sujet sur le singe : tous concluent à une vascularisation suffisante du segment intestinal inférieur par les artères hémorroïdales moyennes ou même les seules artères hémorroïdales inférieures, qui pour GARNETT et AULT sont même suffisantes pour irriguer correctement les 15 derniers cm du rectum.

Mais plus concluantes encore nous semblent être les statistiques déjà citées à propos de la vascularisation du bout colique supérieur, et

dans lesquelles jamais le bout rectal ne donna d'inquiétude quant à sa vitalité.

Notre série ne fait que confirmer cette donnée, car nous avons toujours vu la tranche de section inférieure saigner franchement et bien souvent en jet, nous obligeant régulièrement à en faire l'hémostase.

Donc le risque de mauvaise vascularisation du segment intestinal inférieure n'existe pas plus que pour le bout supérieur. Lorsque la section porte au voisinage de la charnière recto-sigmoïdienne ou sur le haut rectum, les artères hémorroïdale moyennes assurent toujours une vascularisation rétrograde suffisante, et de même, lorsque la section a porté sur le bas rectum, et qu'on a donc lié les ailerons moyens, les artères hémorroïdales inférieures assurent largement une vascularisation suffisante du bas rectum. Jamais nous n'avons eu la moindre crainte quant à une nécrose ischémique du segment rectal.

5) L'anastomose.

Elle est donc faite selon la localisation de la tumeur :

- soit entre le transverse gauche et le recto-sigmoïde
- soit entre l'angle gauche et le recto-sigmoïde ou le rectum péritonisé.
- soit enfin entre le début du colon descendant et le rectum sous péritonéal ou même le canal anal à quelques cm de l'anus.

Plusieurs points de la technique nous semblent importants.

- Les avantages, la supériorité de la suture à points séparés ne sont plus guère à défendre, mais il est des évidences qui se doivent d'être toujours rappelées !
- De même l'intérêt de huiler les fils, pour ne pas les voir accrocher et érailler les tuniques coliques et rectales.

Pour la même raison la nécessité d'employer des aiguilles soit serties soit enfilées afin de faire une suture atraumatique, malgré la durée supplémentaire de la suture.

- Nous restons fidèles à la suture en deux plans, un plan total, un

plan sero-musculaire, malgré les plaidoyers encore récents pour la suture en un plan (Académie de Chirurgie 1957). L'essentiel nous semble de bien coudre, sans traumatiser les tissus, et de coudre des tissus bien vascularisés et bien préparés. Pour bien coudre, il faut posséder à fond la technique employée et c'est pourquoi nous restons fidèles aux deux plans, dont les résultats ne nous semblent nullement inférieurs à ceux de la suture en un plan ou en deux plans bord à bord. Mais que ceux qui ont parfaitement l'habitude de ces techniques les emploient : l'essentiel est de coudre minutieusement et consciencieusement.

- Hormis un cas (obs. 10) où l'anastomose fut termino-terminale pour une lésion bénigne (dolicho-sigmoïde) et deux cas (obs. 14 et 3) où elle fut latéro-latérale dans des cancers dans les débuts de notre expérience, elle est sinon toujours latéro-terminale. L'incision sur le bout colique supérieur porte toujours entre deux bandelettes longitudinales, pour que le plan sero-musculaire, qui charge en partie ces bandelettes, soit encore plus solide. Ses avantages sont multiples : solidité et sécurité comparables à celles de l'anastomose latéro-latérale, absence de problème de congruence des bouts, reprise du transit (à condition bien sûr de réduire à sa plus simple expression le cul de sac colique), exérèse aussi large qu'avec une anastomose termino-terminale. Tout ceci est maintenant connu, et très bien expliqué par ROUX et CARCASSONNE dans leur livre sur "les cancers du colon".

Mais son avantage essentiel nous semble être sa facilité d'exécution, même au fond du pelvis surtout avec l'artifice de la recoupe rectale. En effet, la traction sur le clamp de Resano permet d'effectuer pratiquement hors du ventre une anastomose portant sur la charnière recto-sigmoïdienne ou le haut rectum, et rend possible, même chez l'homme, à condition qu'il ne soit pas trop gras et que le bassin ne soit pas trop étroit, une suture à quelques cm seulement de l'anus. La traction sur les fils extrêmes gardés et pincés remplace pour la confection des plans antérieurs la traction sur le clamp de Resano. C'est pourquoi, entre autre, nous exigeons des points sero-musculaires solides, chargeant les bandelette longitudina-

les sur le colon.

Au sujet de ces anastomoses très basses se discute, chez la femme, l'intérêt de l'hystérectomie totale de facilité. C'est à notre avis, un excellent procédé, que nous avons appliqué 5 fois sans ennui, et en drainant chaque fois par un drain vaginal en caoutchouc, Aussi ne partageons-nous pas l'opinion de BERTRAND et FRANCILLON, qui ne font une hystérectomie qu'en cas d'envahissement, donc de nécessité, et en se contentant au maximum d'une simple hystérectomie subtotale, pour éviter l'ouverture du vagin, qu'ils jugent nuisible par risque de fistule recto-vaginale. CARCASSONNE est lui aussi réticent.

6) - La péritonisation

Ici se pose la question de l'extrapéritonisation de l'anastomose, vigoureusement défendue par certains comme moyen de sécurité supplémentaire. Nous ne cherchons jamais à employer cet artifice, que l'on utilise nulle part ailleurs sur le tube digestif. Et d'ailleurs il est bien connu que d'une part, dans les sutures, le premier plan solide est le plans séreux et d'autre part le péritoine se défend mieux contre l'infection que les espaces cellulaires. De plus les diverses statistiques donnent plus de fistules sous que intra-péritonéales.

Aussi abandonnons-nous l'anastomose là où elle va spontanément. Lorsqu'elle se place au fond du pelvis, elle sera automatiquement extrapéritonéale ; lorsqu'elle est située au dessus du fond du cul de sac de Douglas, elle sera partiellement recouverte par le péritoine ; enfin, lorsqu'elle est au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, elle est laissée intra-péritonéale. Le plus simple nous semble le meilleur dans le cas présent.

Quant à la péritonisation elle-même, hormis un cas où un anus transverse droit préalable avait été établi et où le colon faisait un peu la corde (obs. 27) elle ne nous a jamais posé de gros problèmes. En dedans, elle est menée très complètement de haut en bas, et sans jamais aucune difficulté. Aussi ne voyons-nous pas l'intérêt de la technique préconisée par

WELTI, et dans laquelle le colon transverse enjambe les anses grêles (au moins sur les schémas), par contre, il y a là un risque évident d'occlusion secondaire, puisque l'intestin grêle passe à travers une brèche sous le mésocolon. Nous prenons bien soin au contraire de remettre le grêle en totalité dans une position normale par rapport au colon.

En dehors, il est impossible de péritoniser jusqu'en haut, et c'est le grand épiploon qui est employé pour recouvrir cette zone cruentée. Lorsqu'il a du être reséqué, l'hypocondre gauche ne peut être péritonisé mais il ne semble pas y avoir de danger à laisser cette zone déperitonisée car il est rare que le grêle aille s'y loger et surtout s'y étrangler. Les colectomies totales le confirment.

7) - Le drainage.

Au début de notre pratique, furent employés des mèches, des lames en caoutchouc ondulées, des drains en caoutchouc souples, aspiratifs ou non. Progressivement le matériel de drainage a été réduit, et actuellement hormis un cas où seul fut mis en place un drain vaginal après une hystérectomie complémentaire, sont seuls employés des drains aspiratifs de Redon, et souvent même un seul dans le décollement présacré. Les suites opératoires sont aussi simples et le confort de l'opéré bien supérieur. Il nous est même arrivé de nous passer de tout drainage dans quelques cas très favorables.

Quant au rôle du drain dans la genèse des fistules, celles-ci sont trop rares dans notre série pour émettre une opinion valable.

L'intervention est pour nous terminée, mais il nous reste encore à discuter des dérivations d'amont.

Nous ne voulons pas reprendre la totalité de cette discussion qui continue à faire couler beaucoup d'encre et le fera sûrement encore longtemps. Nous n'en voulons pour preuve que la récente discussion à l'Académie de Chirurgie, qui a cependant montré indiscutablement le terrain gagné par les partisans de la colectomie idéale.

Pourtant BERTRAND et FRANCILLON, après n'avoir fait pendant des années qu'une simple coecostomie, sont revenus à l'anus transverse droit total, en raison du nombre élevé de fistules coliques observées.

CARCASSONNE pratique une dérivation plus ou moins complète dans tous les cancers recto-sigmoïdiens et pour les autres localisations dès que la préparation est imparfaite, que la qualité de la suture est douteuse et que les décollements sont important (40 fois sur 94 H.C.G. vraies ou simples).

Pour notre part, jusqu'en 1952, la coecostomie de ventilation était fréquente sinon une règle absolue. Mais depuis 1953, hormis un cas en 1954 (obs.20) nous ne pratiquons plus de dérivation per-opératoire, et nous n'avons pas eu à nous en repentir jusqu'ici. Mais il est bon de rappeler les conditions formelles à une telle pratique :

- un intestin plat : toute occlusion, toute subocclusion ne cédant pas au traitement médical et à l'aspiration intestinale doit être dérivée avant l'intervention, et nous le faisons de préférence par un anus sous-angulo-colique droit au niveau d'une contre-incision latéro-rectale droite, si la tumeur s'est révélée extirpable à l'exploration par une courte médiane à cheval sur l'ombilic.
- un intestin vide de matières, ce que permet une bonne préparation, puisque nous n'avons jamais du faire de dérivation pour cette raison ;
- un intestin non infecté : pas de colectomie idéale dans le pus. Là encore la dérivation doit être totale et pré-opératoire. Dans un cas de cancer très infecté, puisque l'hémoculture était positive au colibacille, où nous avons cru pouvoir nous passer de dérivation, la persistance de lésions très inflammatoires nous obligea à une dérivation per-opératoire ;
- des extrémités coliques parfaitement vascularisées : nous l'avons déjà suffisamment dit ;
- une suture impeccable, à points séparés, à l'aiguille sertie ou enfilée, en usant le moins possible de la pince à disséquer, car

cette suture doit être atraumatique. C'est l'A.B.C. du métier, encore faut-il ne jamais l'oublier ;

- un bon état général, et surtout ni anémie (transfusions) ni hypoprotidémie (sang et plasma).

Ces conditions posées, la dérivation per-opératoire dite de sécurité nous semble sans intérêt, et 2 fois même fut enlevé au cours de l'hémi-colectomie gauche vraie un anus iliaque gauche préalablement effectué ailleurs pour occlusion (obs. 43 et 50) 51 H.C.G.V. idéales étayant notre position.

De même la dilatation anale que nous avons également pratiquée aux débuts, ne nous semble pas présenter d'intérêt majeur ni améliorer les suites opératoires. Nous ne la pratiquons plus.

INDICATIONS OPERATOIRES

Quels sont les cas justiciables d'une H.C.G.V. ?

Les études histologiques de l'envahissement ganglionnaire semblent montrer que l'envahissement du groupe principal est surtout fréquent dans les cancers recto-sigmoïdiens, du bas sigmoïde et du haut rectum. Aussi l'H.C.G.V. est elle surtout préconisée et pratiquée pour ces localisations, d'ailleurs les plus fréquentes, ainsi que le recommandent ROUX et CARCASSONNE dans leur livre. Pour nous l'envahissement du groupe ganglionnaire principal dans 15 % au moins des cas au cours de cette localisation en rend l'indication impérieuse, si l'on veut faire un traitement vraiment curateur. 6 de nos cas avec ganglions principaux envahis correspondent à cette localisation.

Mais malgré un envahissement du groupe ganglionnaire principal moins fréquent, les cancers du colon descendant nous semblent eux-aussi justiciables d'une telle intervention. Et de fait notre dernier cas d'envahissement correspond à cette localisation (soit 1 sur 6 cas) (obs.20).

Aussi pensons-nous que tous les cancers du colon gauche doivent être traités par une H.C.G.V. D'ailleurs les auteurs américains déjà cités, dans tous les cancers du colon gauche et du rectum, enlèvent systématiquement

en un seul bloc tout le méso depuis l'origine de l'artère mésentérique inférieure et terminent selon les cas par une H.C.G.V., un anus définitif iliaque gauche ou une invagination trans-anale.

Dans le cadre de ce travail, le seul vrai problème qui se pose à notre avis, est de savoir les limites extrêmes exactes des localisations qui restent compatibles avec un rétablissement immédiat de la continuité par anastomose.

1) - En haut.

Bien que dans un cas, nous ayons pu appliquer cette technique à un cancer de la branche ascendante de l'angle gauche ayant envahi le sommet de l'anse sigmoïde et terminer par une anastomose transverso-rectosigmoïdienne, qui plus est latéro-latérale (c'est l'un des deux cas de notre série), portant sur la moitié droite du transverse, nous ne traitons de cette manière que les cancers de la branche descendante de l'angle gauche, ce qui constitue donc la limite supérieure de nos indications.

Pour les cancers de la moitié gauche du colon transverse et de l'angle gauche lui-même, nous pratiquons seulement une H.C.G. simple, dans laquelle le mésocolon n'est enlevé que jusqu'à l'origine de l'artère colique supérieure gauche, liée à son émergence de l'artère mésentérique inférieure, laissant donc en place le groupe ganglionnaire principal, et qui est terminée par une anastomose transverso-sigmoïdienne. Lier l'artère mésentérique inférieure à son origine force dans ces cas à une résection colique difficilement compatible avec un rétablissement immédiat de la continuité, sauf cas heureux comme le nôtre, où le colon transverse était particulièrement long, à moins d'employer des techniques complexes de retournement du colon droit, telle celle décrite récemment par DELOYERS pour certaines rectocolites et qui ne nous semblent guère justifiées dans les cancers ou de pratiquer une iléo-coloplastie.

En dehors de ces techniques, il est certain que l'on serait en présence d'un colon faisant "une corde tendue obliquement dans la cavité abdominale et dans l'impossibilité de péritoniser la grande surface de dé-

collement du flanc gauche" ainsi que le disait le Professeur QUENU (M.A.C. 8.12.1954, p. 923). Mais il parlait alors des H.C.G.V. sans considération de localisation de la tumeur, toute H.C.G.V. devant à son avis enlever la totalité du colon gauche anatomique, depuis le colon transverse sur la ligne médiane jusqu'au recto-sigmoïde : la rigueur de cette position, basée sur des considérations anatomiques et non carcinologiques, nous semble trop poussée, car les considérations anatomiques sont secondaires en matière de traitement logique des cancers du colon gauche.

2) - En bas.

C'est en bas que les discussions sont les plus âpres, et d'ailleurs pas récentes puisque c'est en fait poser le problème de la limite entre résection rectale et amputation. Deux conditions nous semblent devoir essentiellement guider cette distinction :

1°) - la longueur minima de canal anal nécessaire pour pouvoir effectuer une anastomose par voie abdominale. L'expérience montre qu'il n'est guère possible de faire une suture à moins de 3 cm de l'anus. D'ailleurs au-delà il est probable que l'on aurait les mêmes ennuis sphinctériens qu'avec les invaginations trans-anales types Babcock ou Toupet.

Donc une longueur minima de 3 cm de canal anal restant nous semble indispensable.

2°) - la longueur de rectum à enlever en-dessous du pôle inférieur de la tumeur. Nous avons déjà discuté ce problème précédemment et avons donné comme longueur minima 10 cm.

Il est donc à notre avis, impossible de faire avec la sécurité carcinologique suffisante une résection antérieure pour un cancer situé à moins de 13 cm de la marge anale, ce qui grossièrement correspond au fond du cul de sac de Douglas, donc à un cancer entièrement visible par l'abdomen, sous le péritoine. C'est d'ailleurs la limite actuellement admise par BERTRAND et FRANCILLON à la suite de 3 récurrences dans 3 cas descendant au-dessous du cul de sac de Douglas. C'est de même à la suite de deux récurrence in loco, l'une précoce sur l'anastomose et déjà citée (obs.40) et l'autre (obs.1)

tardive (5 ans) et pelvienne que nous sommes devenus plus exigeants dans nos indications.

Par contre ROSI, qui exige 12 à 15 cm en dessous de la tumeur, ne fait pratiquement jamais de résection antérieure pour cancer du rectum.

D'autres facteurs, moins rigoureux, interviennent également pour décider entre résection et amputation ; nous ne ferons que les mentionner : l'âge, la conformation du bassin plus ou moins profond, plus ou moins étroit, l'adiposité qui doit faire reculer les indications de la résection, et aussi le sexe : on a vu que l'anastomose pouvait être facilitée chez la femme par l'hystérectomie totale.

Mais la grande difficulté, cette limite de 13 cm étant admise, est de savoir sur quels repères on peut se baser pour les évaluer. En effet, on ne peut compter formellement :

- ni sur les chiffres fournis par la rectoscopie ; dans notre série, 6 cancers du rectum furent trouvés à moins de 13 cm. à la rectoscopie, et à l'exploration opératoire :

- un à 8 cm en rectoscopie était en fait au dessus du cul de sac de Douglas, et la section est bien précisée passant à 10 cm en dessous de la tumeur.

- un à 8-9 cm en rectoscopie affleure le Douglas à l'exploration.

- un à 10 cm débordait par contre légèrement en dessous du Douglas.

- deux à 12 cm étaient en fait à la charnière recto-sigmoïdienne.

- le dernier à 12 cm affleurait le Douglas.

- ni sur les données du T.R. En principe, aucune des tumeurs ne doit être perceptible au T.R. En fait une tumeur parfaitement enlevable par H.C.G.V. peut être perçue au T.R. soit parce qu'elle est invaginée ou seulement prolabée dans le rectum, soit parce qu'elle est perçue à travers la paroi rectale antérieure, soit

même que le rectum est très mobile et que la tumeur descend très bas en faisant pousser le patient.

- ni sur un repère anatomique infaillible à l'exploration.

Nous avons parlé du cul de sac de Douglas qui est le repère habituel. Mais ses variations en hauteur sont fréquentes ; ce n'est pas un repère fixe et la longueur du rectum sous péritonéal est très variable.

Bref il est très difficile de chiffrer ou de repérer cette distance et le meilleur moyen nous semble être l'évaluation de la longueur rectale disponible en dessous de la tumeur lorsque la libération du rectum est achevée, à condition cependant de n'exercer aucune traction importante sur le rectum.

Pour nous résumer, l'H.C.G.V. nous semble d'indication absolue pour tous les cancers du colon gauche depuis la branche descendante de l'angle gauche jusqu'au haut rectum à une distance d'au moins 13 cm. de la marge de l'anus.

Pour toutes ces localisations nous pratiquons une H.C.G.V. en un temps sauf complications, et nous réservons la colectomie segmentaire classique aux seuls cas ayant dépassé toutes ressources thérapeutiques vraies : elle est pratiquée à titre purement palliatif pour rétablir un transit intestinal normal et améliorer les conditions de survie lorsque l'exploration chirurgicale révèle (ou confirme) des métastases hépatiques ou péritonéales, ou encore dans les très "mauvais risques chirurgicaux" tenant plus au tares viscérales, surtout cardio-vasculaires et rénales, et à l'obésité qu'à l'âge même du patient, puisque dans notre série 23 opérés avaient entre 60 et 70 ans, 7 entre 70 et 80, dont un de 78, un de 79, et un de 80 ans. L'âge ne nous semble pas une raison en soi de reculer, d'autant plus que notre opéré de 78 ans a survécu 6 ans et 3 mois, que notre opéré de 79 ans est en vie près de 2 ans après l'intervention et que celui de 80 ans, ne datant que de 10 mois, mène une vie normale (malgré une métastase hépatique confirmée histologiquement).

En dehors du cancer, où notre position est absolue, l'H.C.G.V. a été exécutée 7 fois pour des lésions bénignes dans notre série.

- une fois où tout plaidait pour un cancer, et où l'histologie a révéélé une sténos du sigmoïde de nature tuberculeuse (obs.64)
- une fois pour une polypose rectale et sigmoïdienne avec dolichosigmoïde, suspecte sur plusieurs biopsies, et où, malgré une exploration per-opératoire de la lumière colique au rectoscope par colotomie, il était impossible de préciser avec certitude la limite supérieure de la polypose : la prudence nous a conduit à une exérèse plus étendue que ne le demandaient en fait des lésions limitées entre 8 et 24 cm. de l'anūs (obs. 13).
- une fois pour un dolichocolon entraînant une constipation opiniâtre, et qui pendant 7 ans a eu un transit intestinal normal et depuis 3 mois seulement à une constipation discrète cédant aux mucilāges (obs. 10).
- 3 sigmoïdites diverticulaires. Ce sont trois H.C.G.V. dues à l'hésitation clinique et surtout opératoire avec le diagnostic de cancer sur diverticulite. De plus il s'agissait les 3 fois de formes étendues, obligeant à une exérèse très importante du mésocolon pour passer en tissus sains et à un abaissement de l'angle gauche pour rétablir la continuité colique d'emblée. La prudence, l'entraînement technique à l'H.C.G.V. et la bēnignité habituelle de ses suites nous ont conduit dans ces trois cas à pratiquer une H.C.G.V. (obs. 29,47 et 52).
- l'endométriose colique, qui cliniquement simulait en tous points un cancer du sigmoïde, avait même entraîné deux épisodes occlusifs, dont le dernier avait justifié, à la Réunion, une colostomie iliaque gauche pour "squirrhe" du sigmoïde". Certes les lésions génitales, les tâches noirātres d'endométriose sous-péritonéales découvertes à l'intervention firent fortement suspecter le diagnostic d'endométriose colique, mais là encore la prudence conduisit à une H.C.G.V. d'autant plus qu'il existait de petits ganglions à l'origine de l'artère mēsenterique inférieure (obs. 43.)

Tels sont les 7 cas où fut pratiquée une H.C.G.V. pour lésions bénignes, soit une fois de propos délibéré pour un dolichocolon, deux fois par erreur diagnostique (tuberculose et polypose bénigne et localisée) quatre fois par ~~hésitation~~ diagnostique, et ce fut en définitive également quatre erreurs diagnostiques.

R E S U L T A T S

Nous allons présenter maintenant l'étude détaillée de notre série de 65 H.C.G.V., s'étalant des années 1951 à 1958 inclus.

I. - Elle est très homogène, ne comprenant que quatre opérateurs :

- 45 H.C.G.V. pratiquées par le Docteur Alain MOUCHET, tant en ville qu'à l'Hopital FOCH.
- 20 par ses assistants, les Docteurs MARQUAND, CAMEY et GARCIN, soit :
 - 17 par le Docteur MARQUAND
 - 2 par le Docteur CAMEY
 - 1 par le Docteur GARCIN

II. - Au point de vue étiologique, elle comprend :

- 7 lésions bénignes, déjà citées.
- 1 cancer du corps utérin ayant envahi l'anse sigmoïdienne.
- 1 cancer de la branche ascendante de l'angle gauche ayant envahi le sommet de l'anse sigmoïdienne.
- 56 cancers du colon gauche se répartissant de la manière suivante:
 - 6 cancers du colon descendant, dont un avec envahissement du groupe ganglionnaire principal (16,66%)
 - 20 cancers du sigmoïde, dont 3 avec envahissement du groupe gan-

glionnaire principal (15 %).

- 14 cancers de la jonction recto-sigmoïdienne, dont 2 avec envahissement du groupe ganglionnaire principal (14,28 %).
- 16 cancers du haut rectum, dont 1 avec envahissement du groupe ganglionnaire principal (6,25 %).

III. - L'âge des opérés se répartit ainsi par décades :

- de 30 à 40 ans : 2
- de 40 à 50 ans : 10 (dont 2 de 50 ans)
- de 50 à 60 ans : 23 (dont 3 de 60 ans)
- de 60 à 70 ans : 23
- de 70 à 80 ans : 7

les âges extrêmes étant 38 et 80 ans.

IV. - Par années, la répartition est la suivante :

En 1951 : 2 H.C.G.V.
en 1952 : 10 "
en 1953 : 5 "
en 1954 : 6 "
en 1955 : 10 "
en 1956 : 9 "
en 1957 : 10 "
en 1958 : 13 "

V. - La localisation exacte des tumeurs avec envahissement ganglionnaire était la suivante :

- un cancer du colon iliaque (obs. 20).
- un de la branche descendante du colon sigmoïde (obs. 57)
- un du sigmoïde (obs. 21).
- un du bas sigmoïde (obs. 22).
- un du recto-sigmoïde, avec métastases hépatiques (obs. 54).
- un du recto-sigmoïde, à 15 cm en rectoscopie, et à 4 travers de doigt au dessus du cul de sac de Douglas (obs. 24).
- un du haut rectum, perçu au T.R. à travers la paroi rectale anté-

rieure, et qui affleurait le fond du cul de sac de Douglas (obs. 58).

VI. -- Parmi ces cancers 8 étaient compliqués :

- 6 cancers étaient en occlusion et durent être dérivés avant l'H.C.G.V.
- l'un fut coecostomisé en province pour une occlusion aiguë fébrile (Obs. 9).
- un cancer recto-sigmoïdien eut un anus iliaque gauche en province pour occlusion. Cet anus fut enlevé au cours de l'H.C.G.V. (obs. 50)
- deux eurent un anus sous-angulo-colique droit effectué par nous, l'un pour occlusion aiguë opérée d'urgence (obs. 2), l'autre pour subocclusion ne cédant pas au traitement (obs. 27).
- deux eurent une coecostomie faite par nous pour occlusion progressive (obs. 21 et 31).
- 1 cancer du sigmoïde était perforé et bouché par une anse grêle, avec un abcès fusant dans le cul de sac de Douglas de 200 cc. de plus crémeux environ : anus transverse droit (obs. 42).

Soit au total 7 dérivations pré-opératoires au cours des cancers, dont 6 seulement furent conservées en post-opératoire. Nous rappelons qu'un anus iliaque gauche au cours d'une endométriose, fait ailleurs, fut lui aussi enlevé au cours de l'H.C.G.V. (obs. 43).

- Le 8ème cas compliqué était un cancer du sigmoïde très infecté, avec tableau septicémique et hémoculture positive au colibacille, ayant nécessité une préparation d'un mois. Aucune dérivation ne fut faite avant l'H.C.G.V. mais celle-ci dut être terminée par un anus transverse droit en raison de la persistance d'importantes lésions inflammatoires (obs. II).

VII. -- Les adhérences pathologiques

Un nombre important de nos cancers présentaient des adhérences pathologiques, souvent multiples.

Les adhérences vésicales sont fréquentes dans les tumeurs du haut rectum et du sigmoïde. Elles se font en règle au niveau de la vessie péritonisée, et ne constituent pas une raison suffisante pour reculer, d'autant plus qu'elles peuvent être purement inflammatoires, ainsi que nous l'avons vérifié plusieurs fois à l'examen histologique. 10 fois nous fîmes une résection simple du péritoine vésical du dôme (obs. 2-5-15-22-29 : sigmoïdite, 41-47 : sigmoïdite, 52 : sigmoïdite, 62-64 : tuberculose, soit 6 fois au cours de cancer et 4 fois au cours de lésions bénignes).

2 fois par contre, l'envahissement vésical était plus profond et plus suspect, et les deux fois une cystectomie partielle fut exécutée (obs. 7 et 11).

Les adhérences génitales chez la femme, sont également enlevées à la demande ; ainsi furent exécutées :

Une annexectomie gauche en raison des adhérences de l'annexe à la tumeur (obs. 45).

Deux hystérectomies subtotaux en raison d'adhérences tumorales au corps utérin (obs. 22 et 60).

Une hystérectomie totale en raison de lésions péritonéales suspectes au niveau du versant utérin du cul de sac de Douglas, et aussi pour faciliter une anastomose située au niveau de la section vaginale (obs. 24).

Nous y ajouterons 4 hystérectomies totales de facilité, pour des anastomoses très bas situées, deux fois à 4 cm, une fois à 5 cm, et une fois à 6 cm de l'anus (obs. 25-33-56-58).

Ces 5 hystérectomies totales furent drainées par le vagin avec un drain en caoutchouc souple, et l'une d'elles n'eut même aucun autre mode de drainage de l'abdomen et du pelvis. On peut en rapprocher la colpo-hystérectomie pour cancer du corps utérin avec envahissement du sigmoïde et H.C.G.V. complémentaire (obs. 23), soit 6 hystérectomies totales associées à une H.C.G.V. : aucune d'elles ne donna le moindre ennui post-opératoire, ce qui justifie notre confiance, et nous fera continuer à la pratiquer mal-

gré l'ostracisme émis par BERTRAND et FRANCILLON et les réserves de CARCASSONNE. L'hystérectomie totale ne nous semble pas favoriser les fistules ; les fistules qui apparaissent après hystérectomie totale complémentaire auraient eu lieu même en l'absence d'hystérectomie totale, mais il est indéniable qu'elles sont alors de guérison spontanée ou chirurgicale beaucoup plus aléatoire. L'important nous semble donc de chercher la cause des fistules et non pas de condamner l'hystérectomie totale de facilité en raison de ces fistules recto-vaginales. Nous pensons que, dans la statistique de BERTRAND et FRANCILLON, la cause du nombre élevé de fistules tient dans une mauvaise vascularisation du bout colique supérieur parce que ces auteurs ne coupent pas assez haut, même après les recoupes, puisqu'ils n'ont jamais un saignement en jet de la tranche colique supérieure.

En dehors de ces exérèses génitales soit par envahissement soit par facilité, nous n'avons jamais enlevé de principe les deux ovaires, comme le recommandent BERTRAND et FRANCILLON à la suite d'une récurrence ovarienne deux ans après une exérèse sans autre signe de récurrence locale. Il est vrai que nous n'avons pas observé de telle récurrence.

Les adhérences intestinales intéressent surtout les anses grèles. Parfois elles sont manifestement inflammatoires et il est inutile de faire une résection intestinale. Mais dès que les adhérences sont denses et donc suspectes, il faut bien entendu faire, comme pour les organes génitaux, une résection en monobloc avec le colon et une suture termino-terminale immédiate. Trois fois avons-nous ainsi procédé (obs. 11 - 14 - et 51), et une fois deux anses furent même enlevées (obs. 14).

De même une fois l'appendice dut être enlevé (obs. 41).

Les adhérences pariétales trois fois étaient importantes, une fois à la paroi pelvienne latérale gauche mais sans englober d'organes importants (obs. 64 : tuberculose), une fois à la paroi latérale droite obligeant à une dissection délicate de l'uretère droit sans aucun ennui particulier (obs. 44) une fois enfin dans un cancer de la jonction ilio-sigmoïdienne, à la paroi postérieure, obligeant à disséquer l'uretère lombo-iliaque, à réséquer les

vaisseaux spermatiques et à racle le psoas (obs. 53).

Ces diverses adhérences forcent à des interventions complémentaires qui allongent la durée de l'intervention, mais ne sont pas une raison suffisante pour renoncer à l'H.C.G.V.

Enfin dans un cas, il fallut en fin d'intervention pratiquer une splénectomie, car la rate avait été blessée par traction exagérée sur le ligament suspenseur de l'angle gauche au cours d'un décollement difficile chez un sujet gras et profond, entraînant une petite déchirure de la capsule splénique ; pour les mêmes raisons cette splénectomie fut elle-même difficile, la rate de plus adhérent en totalité à sa loge, et l'hémostase précaire. Il en résulta des suites très perturbées terminées par la mort.

VIII. - Les lésions coliques associées au cancer sont connues depuis fort longtemps, mais récemment certains auteurs américains, WANGENSTEEN en particulier, ont proposé de faire des colectomies totales systématiques d'emblée dans tous les cancers du colon, pour cette raison. Ils arguent de la fréquence des polypes associés (BROAD trouve 31,2 % de lésions associées sur 173 pièces) et de la possibilité de dégénérescence bien connue aujourd'hui de ces polypes, et d'autre part de la fréquence, élevée pour eux, des cancers successifs ou simultanés ; ils voudraient en conséquence faire de la colectomie totale l'intervention standard, ce qu'avait déjà proposé LANE il y a 50 ans.

Nous n'avons jamais rencontré de double localisation simultanée. Nous avons peut être une double localisation successive : l'un de nos premiers opérés (obs. 8) a fait 5 ans après H.C.G.V. pour un cancer de la partie mobile du sigmoïde, du type glandulaire cylindrique, un cancer de la moitié postérieure du canal anal, du type glandulaire lieberkühnien, traité par aiguilles de radium. Malheureusement cette deuxième localisation fut observée et traitée ailleurs, et les coupes histologiques n'ont pu être examinées par le même histologiste. Une réserve doit donc être faite quant à une récurrence tardive possible.

Par contre nous avons trouvé 6 fois des polypes bénins sur la pièce à distance du cancer, 5 fois au dessus du cancer (obs. 16,31,38,37 et 58), dont une fois à 25 cm en amont (obs. 31) et une autre fois au dessus et au dessous (obs. 37) et une fois au dessous seulement (obs. 28). BERTRAND et FRANCILLON arguent de la fréquence des polypes rectaux sous-jacents aux cancers du rectum d'une part pour vérifier à la vue en cours d'intervention le bout rectal restant et éventuellement coaguler les lésions suspectes (ils parlent de plus de petites greffes tumorales à distance du premier cancer principal) et d'autre part pour réséquer un minimum de 10 cm en dessous de la tumeur. Nous pensons que le bout rectal ne doit pas être vérifié par l'opérateur mais par le rectoscopiste avant l'intervention, et que toute lésion suspecte du rectum doit être biopsiée avant l'intervention, car la moindre lésion maligne ou même seulement suspecte du rectum peut faire rejeter une intervention conservatrice : c'est un cancer du rectum associé à un cancer sus-jacent et c'est la lésion la plus basse qui compte pour décider du type de l'intervention, conservatrice ou non.

Par contre, la coexistence de ces lésions polypeuses, même si elle était plus fréquente, ne nous semble en aucune façon une raison valable pour admettre la colectomie totale de principe, ce que confirme d'ailleurs des statistiques américaines récentes et importantes.

IX. - Les métastases hépatiques sont, nous l'avons déjà dit, une contre indication à l'H.C.G.V. Et pourtant elles existent dans trois de nos cas. Dans deux cas il s'agissait de métastase unique, petite, superficielle et de malignité non évidente. En effet nous avons été échaudés dans un autre cas en affirmant un cancer du colon sigmoïde sur la constatation de lésions analogues sur le foie, chez un sujet âgé, qui nous avait été adressé, porteur d'une colostomie, pour exérèse d'une lésion colique sténosante et infectée. On se contenta d'une exploration et de prévenir la famille, mais deux ans plus tard nous revîmes ce malade, à notre grand étonnement, pour un prolapsus récidivant de l'anus, qui gênait ce vieillard très bien portant. Nous reprîmes le problème d'un oeil nouveau, ce qui permit de porter avec certitude le diagnostic de sigmoïdite et de faire l'exérèse des lésions par une colectomie segmentaire banale. Dans nos deux cas de cancer (obs. 42 et 62) il s'agissait de lésions identiques ; nous avons laissé leur chance à ces deux

malades, mais malheureusement l'histologie nous a donné tort. Ce sont deux H.C.G.V. qui, pour nous, auraient dû être deux résections segmentaires banales, de propreté. Nous ne regrettons rien pourtant, car les suites furent des plus banales (avec un anus droit, il est vrai dans l'observation 42), aussi simples que pour une colectomie segmentaire. L'une est morte 16 mois plus tard (obs. 42) l'autre est encore en vie 10 mois plus tard, actif malgré ses 80 ans passés (obs. 62). Par contre nous aurions eu des remords de n'avoir fait qu'une intervention palliative, si l'histologie avait révélé des lésions bénignes.

Le troisième cas (obs. 54), est tout à fait différent. Les métastases hépatiques étaient manifestes et multiples dans les deux lobes hépatiques, et nous ne pensions faire qu'une colectomie segmentaire de propreté. Mais celle-ci se révéla difficile, du fait d'une grosse masse ganglionnaire de la fourche de l'artère hémorroïdale supérieure et d'un gros ganglion dur à l'origine de l'artère mésentérique inférieure. Dans ces conditions, nous avons préféré faire malgré tout une H.C.G.V. sans aucune prétention curative.

X. -- Les dérivations contemporaines

Nous avons déjà dit que, si l'extra-péritonisation ne fut jamais pratiquée sauf quand elle s'est faite spontanément au fond du pelvis, il n'en fut pas d'emblée de même pour la dérivation contemporaine de l'H.C.G.V. Ainsi jusqu'en 1952, 5 fois fut faite une coecostomie de ventilation (obs. 1,3,4,5,8) et deux fois un anus transverse droit (obs. 11 et 12) dont une fois pour un cancer infecté déjà cité (obs. 11). Pendant la même période trois H.C.G.V. ne furent pas dérivées, ni avant ni pendant l'opération (obs. 6-7 et 10).

Depuis 1953, une seule coecostomie per-opératoire fut exécutée, en 1954 (obs. 20) et aucun anus. Par contre, pendant la même période, 48 H.C.G.V. furent pratiquées sans aucune dérivation, dont deux (obs. 43 et 50) enlevant un anus iliaque préalable.

Donc, au total 51 H.C.G.V. n'eurent aucune dérivation contemporaine,

et parmi elles 49 ne furent à aucun moment dérivées et furent vraiment idéales.

Ainsi, au cours des H.C.G.V. pourtant réputées graves en elles-mêmes, nous n'avons jamais hésité à aggraver encore cette intervention par l'exérèse en bloc d'une ou même deux anses grèles, d'une partie de la vessie et aussi de l'utérus, et à terminer 51 fois sans la "garantie" classique d'une dérivation, même minime. En effet, malgré la durée de l'intervention, bien supérieure à celle de la colectomie segmentaire, puisqu'elle dure environ quatre heures, les suites nous apparaissent assez simples pour justifier une telle conduite, ainsi que nous allons le voir.

SUITES OPERATOIRES

La durée moyenne du séjour est de 42,4 jours.

La durée moyenne du séjour post-opératoire est de 29,82 jours, soit 30 jours.

Depuis 1953, où nous ne faisons plus de dérivation contemporaine, ces durées sont de 40,3 et 27,1 jours.

I. - Les soins post-opératoires, en dehors des cas compliqués, comprennent :

- l'administration en général, de 1 million d'unités de Pénicilline et de 1 gr. de Streptomycine par jour pendant 8 à 10 jours, en injections intra-musculaires bi-quotidiennes ;
- une réhydratation et l'administration d'électrolytes (CL, NA, K) par voie intra-veineuse jusqu'à reprise franche du transit intestinal, mais si le jour de l'intervention et le lendemain cette administration veineuse couvre tous les besoins, à partir du deuxième jour les boissons sont progressivement autorisées et la voie veineuse complète.
- l'aspiration duodénale, toujours installée en per-opératoire, n'est plus branchée qu'à la demande, en discontinue, et enlevée bien souvent dès le premier jour ou le deuxième si des nausées persistent le premier jour.

- la prostigmine et l'huile de parafine sont d'usage habituel, mais non systématique, à partir du 4ème jour. Jamais d'opiacés, jamais de lavement évacuateur.

II. - Les suites opératoires normales comportent :

- une température ne dépassant que très rarement 38°5 dans les deux premiers jours, et revenant à 37° et y restant à partir du 5ème jour environ (la moyenne est de 7,6 jours en n'excluant de ce calcul que les phlébites). 6 opérés seulement atteignirent 39° et plus (maximum 39°6).
- les premiers gaz sont émis entre le deuxième et le quatrième jour, la première selle entre le deuxième et le cinquième jour ; mais quelques uns de nos opérés eurent une reprise du transit dès le premier jour, ou même le jour de l'opération.
- dès la reprise franche du transit, l'alimentation orale est reprise progressivement et il est rare que les selles ne soient pas dès lors régulières.
- les drains aspiratifs sont enlevés lorsqu'ils ne donnent plus, en général le troisième jour ; on retire ainsi environ 100 à 150 cc. le premier jour, 50 cc ou parfois rien le deuxième jour.

III. - La mortalité opératoire est de deux (obs. 4 et 65), soit une mortalité globale de 3,07 %, et, si on la rapporte aux 57 H.C.G.V. pour cancer du colon ayant donné ces deux morts, elle est de 3,50 %, chiffre nettement inférieur à celui de BERTRAND et FRANCILLON : 27 % avec coecostomie, et encore 11 % depuis qu'ils font systématiquement un anus transverse droit. DE OLIVEIRA a une mortalité de 20 % dont 5,1 % directement liés à l'intervention, le reste étant dû à un infarctus, atrophie jaune aiguë du foie, accident transfusionnel.

Certes ROSI apportait, en 1954, une statistique de 49 cas sans mortalité, mais rares sont les statistiques aussi brillantes, et une mortalité de 2 à 4 % est la règle. Nous sommes donc dans les chiffres moyens, et surtout cette mortalité n'est pas supérieure, loin de là, à celle de la

colectomie segmentaire classique. Rappelons les chiffres donnés par ROUX et CARCASSONNE dans leur livre (page 263) : pour les colectomies en un temps, provenant des statistiques de d'ALLAINES, CHARRIER et LOYGUE, QUENU, SENEQUE et ROUX, et groupant 198 colectomies, segmentaires, gauches vraies et hémicolectomies, la mortalité globale est de 8 % ; les chiffres extrêmes sont 5 et 11, 5 %. Les colectomies gauches en plusieurs temps ont une mortalité supérieure, entre 11,5 et 36,5 %. SOUPAULT a une mortalité de 3,6 % sur 55 cas, comprenant les cancers du colon droit à mortalité moindre. LOYGUE en 1957, sur 131 colectomies gauches des plus diverses, a une mortalité de 2,29 % (3 morts), et une mortalité nulle sur les 105 colectomies simples.

On voit donc que la mortalité de l'H.C.G.V. reste dans des limites très raisonnables et acceptables, comparable à la mortalité des résections plus limitées. Ainsi tombe l'un des gros reproches fait à l'H.C.G.V.

Il y a 30 ans, cette mortalité opératoire eut été certainement prohibitive ; mais une bonne préparation locale et générale, une anesthésie correcte et non une asphyxie hypercapnique, une réanimation per et pos-opératoire bien conduite, les antibiotiques et aussi un peu de minutie opératoire permettent actuellement de l'effectuer avec un risque opératoire très réduit, et, sauf complications, sans dérivation contemporaine même minime.

Ceci explique que nous n'ayons pas hésité à la pratiquer sans remords dans les deux cas où il existait des lésions hépatiques douteuses, et aussi dans trois cas de sigmoïdite et un cas d'endométriose colique.

Nos deux morts opératoires méritent d'ailleurs qu'on s'y attarde un peu.

1°) - (Obs.4). La première survint en 1952, chez une femme de 68 ans, porteuse d'un cancer du rectum à 13 cm en rectoscopie. L'intervention se fit sans incident et fut terminée par une coecostomie, comme il était encore usuel à cette époque, sous rachianesthésie. Dès le soir la température s'élevait à 39°, atteignait 40° le lendemain et approchait 41° lors du décès 48 heures après l'intervention. Nous n'avons relevé aucune faute de

réanimation (quantité de liquides, doses d'électrolytes) ni de choc à aucun moment. L'autopsie a permis d'éliminer toute cause abdominale, mais par contre a révélé un poumon gauche rétracté, violacé, bien qu'aucun embole artériel n'ait été découvert.

C'est donc un décès en hyperthermie post-opératoire précoce, avec toutes les discussions pathogéniques et étiologiques que soulève ce problème et que LORTAT-JACOB et ses collaborateurs ont encore repris récemment (M.A.C. tome 84 n° 32-33 p. 987, 10-12-1958). Peut être dans le cas présent peut on invoquer une atélectasie, étant donné l'état du poumon gauche à l'autopsie. Peut être faut-il plus retenir le rôle possible de la rachianesthésie, par un mécanisme d'encéphalique direct, alors que d'ordinaire ce mécanisme est considéré comme secondaire à un désordre sympathique. Reste une éventuelle insuffisance surrénalienne aiguë, car il n'est guère possible dans le cas présent de retenir comme étiologie le délirium tremens ou l'hypercapnie.

2°) - (Obs.65). Le deuxième décès par contre est directement lié à l'intervention, chez un homme de 49 ans. Il s'agit de l'intervention qui se termina par une splénectomie, en raison de la déchirure de la capsule splénique par traction exagérée sur le ligament suspenseur de l'angle gauche, au cours d'un décollement difficile de cet angle chez un sujet gras. La splénectomie fut difficile car la rate était petite, haute et complètement adhérente à sa loge. L'hémostase fut délicate. D'emblée les suites furent anormales. La première nuit, un saignement abondant se produisit, ainsi qu'en témoignent les courbes de pouls, de tension artérielle, l'aspect du sujet ainsi qu'un saignement anormal dans le pansement au niveau de la mèche et de la lame mises dans la loge splénique, obligeant à une transfusion d'un litre de sang. La fièvre apparaît d'emblée et persistera entre 38° et 39°, bien qu'aucun écoulement spécial n'apparaisse dès lors ni par les deux drains aspiratifs ni par le drainage de l'hypocondre gauche ; les deux drains sont enlevés le 4ème jour, après qu'on les eut gardés en vain 48 heures de plus que d'ordinaire, la mèche le sixième jour avec issue d'un écoulement sanglant modéré, et la lame le 8ème jour sans rien d'anormal. Les antibiotiques restent sans effet sur cette fièvre, et le transit intestinal

est plus long à se rétablir que d'ordinaire, le malade vomit un peu, se ballonne, et les premiers gaz ne sont émis que le 5ème jour. Du 6ème au 12ème jour s'installe une diarrhée liquide et noirâtre. De plus vers le 6ème jour apparaît par les deux orifices punctiformes des drains aspiratifs un écoulement purulent discret, s'accompagnant d'un placard inflammatoire local. On pense à un abcès de paroi, applique un traitement local, adapte les antibiotiques à la résistance des germes isolés dans le pus, sans grand résultat. Le 15ème jour on décide de débrider cet abcès : on trouve une petite poche de pus superficielle ; trop peu importante pour expliquer les signes généraux, mais malgré une recherche minutieuse on ne trouve pas de communication profonde. L'amélioration thermique n'est que partielle et transitoire, et bien que rien dans les caractères du pus n'évoque une fistule colique, un lavement baryté le 30ème jour met en évidence une fuite colique, mais plus de 20 cm au dessus de l'anastomose, facile à repérer grâce au cul de sac de l'anastomose latéro-terminale. Anus transverse droit. Amélioration passagère, puis écoulement abondant de pus et de sang par la plaie de drainage latérale. Fistule gastrique évidente le 47ème jour. Jéjunostomie, au cours de laquelle il fut impossible de trouver l'orifice gastrique en raison d'un barrage d'adhérences dans l'hypocondre gauche, infranchissable. Décès le 66ème jour.

Tels sont les faits résumés. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cette évolution fatale, mais le refus de l'autopsie nous prive de données importantes.

1 - La fistule colique primitive

Elle est possible, mais sûrement pas au niveau de l'anastomose, étant donné les résultats du lavement baryté. La fuite siégeait environ au niveau de la branche ascendante de l'angle gauche primitif, et deux explications pourraient être données à une fuite primitive à ce niveau : d'une part une blessure colique au cours des multiples manoeuvres, délicates dans le cas présent, de décollement de l'angle gauche puis de la splénectomie, mais le fait que le pus ne fut que très tardivement fétide plaide contre cette hypothèse.

D'autre part, on peut incriminer la blessure d'un petit vaisseau colique, ayant entraîné une nécrose colique très localisée.

Rien ne permet d'éliminer formellement ces deux hypothèses, mais elles expliquent mal l'ensemble des symptômes successifs.

- 2 - La fistule colique secondaire, par le même mécanisme que la fistule gastrique, nous semble plus probable. Il y eut indiscutablement une hémorragie importante au niveau de l'hypocondre gauche. Ce sang s'est infecté et il est possible que cet abcès profond, méconnu lors de l'incision de la poche superficielle, ait entraîné une nécrose colique à son contact, comme il a entraîné la formation d'une fistule gastrique encore plus tardive. Il fut même envisagé l'oubli d'un champ abdominal, malgré les précautions régulièrement prises pour éviter ce genre d'accident. Malheureusement nous ne pouvons étayer aucune de ces hypothèses sur des données nécropsiques, et ces diverses hypothèses ne s'excluent d'ailleurs nullement l'une l'autre.

Telles sont donc les deux morts opératoires de notre série, l'une en 1952, l'autre en 1958, toutes deux au cours d'H.C.G.V. pour cancer.

IV. - La morbidité opératoire

1 - Les fistules coliques.

En dehors du décès ci-dessus, où nous rappelons que la fuite colique ne se fit pas au niveau de l'anastomose, nous avons observé deux fistules coliques, soit dans 4,61 % par rapport aux 65 H.C.G.V. et, par rapport aux seuls cancers du colon gauche qui ont fourni la totalité de ces fistules, un pourcentage de 5,26%.

La première (obs.14) survint en 1953, dans un cas complexe de cancer de la branche ascendante de l'angle gauche ayant envahi le sigmoïde et deux anses grêles, le tout réséqué en bloc chez une femme de 73 ans. L'anastomose était latéro-latérale entre la moitié droite du colon transverse et la recto-sigmoïde. Le transit reprit normalement le 3ème jour, puis en

diarrhée les 4ème et 5ème jours. La température maxima fut de 38°3 le deuxième jour et elle resta à 37° à partir du 4ème jour. C'est le 18ème jour qu'apparait un phlegmon gazeux de la paroi avec 40°. Le simple débridement amène la cédation en 48 heures, mais une fistule stercorale s'installe alors, qui guérira d'ailleurs sans autre intervention. Mais le siège exact de la fuite colique n'a pas été précisé.

La deuxième (obs. 38) survient en 1956 chez un homme de 60 ans. Elle est plus douteuse, mais ce simple doute nous oblige à la compter comme telle. Il s'agit d'une H.C.G.V. pour un volumineux cancer du colon descendant, qui saigna anormalement par les drains aspiratifs. La découverte d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche, amicrobienne, le 9ème jour, puis d'un pneumopéritoine gauche le 14ème jour fit porter le diagnostic d'abcès sous phrénique gauche. L'incision de l'abcès ne révéla pas de communication avec le colon, mais un anus transverse droit fut néanmoins pratiqué. Tout rentra dans l'ordre rapidement et l'anús fut fermé trois mois plus tard, sans que la preuve d'une fistule colique eut jamais été vraiment faite.

Le troisième cas, déjà rapporté (obs. 65) se rapproche du précédent par la succession des accidents, ce qui explique notre faveu

pour l'hypothèse de la fuite colique secondaire à un hématome infecté de l'hypocondre gauche. Nous n'y reviendrons pas.

2 - Les occlusions post-opératoires.

3 occlusions post-opératoires sont survenues.

La première (obs. 10), après H.C.G.V. pour dolichocolon, survint le 4ème jour, alors que le transit intestinal s'était rétabli vers le 2ème jours. Le traitement médical, l'aspiration duodénale pendant deux jours permirent d'obtenir la reprise du transit pendant trois jours normalement, puis un nouvel arrêt du transit survint, ne cédant plus au même traitement. On temporise jusqu'au 15ème jour, où la réintervention montre une dilatation diffuse du grêle depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à 40 cm. de l'angle iléo-coecal, avec de nombreuses adhérences du grêle à la paroi, à l'estomac, au décollement pariétal, au petit bassin et à lui-même. La libération des

adhérences ayant laissé de nombreuses zones dépéritonisées sur le grêle, une intervention de Noble est pratiquée. La guérison suivit, mais au prix d'une fistule du grêle guérie spontanément.

La deuxième (obs. 8) survint après une H.C.G.V. pour cancer du sigmoïde chez un homme de 78 ans, avec coecostomie de "sécurité". Après émission d'une selle le 4ème jour par l'anus, l'occlusion se constitua le 5ème jour, et la réintervention eut lieu le 6ème. Elle permit de découvrir un volvulus d'une anse grêle agglutinée sur un moignon de ligature du petit bassin au niveau de la péritonisation droite au détroit supérieur. Guérison sans histoire.

La troisième (obs. 13) survint, après une H.C.G.V. pour polypose recto-colique chez un homme de 55 ans, le 12ème jour post-opératoire. Le transit avait repris, mais tardivement, les premiers gaz n'ayant été émis que le 5ème jour et la première selle le 8ème jour. La réintervention immédiate permit de libérer l'adhérence d'une anse grêle à une zone de dépéritonisation. Guérison sans histoire.

Ces trois occlusions eurent donc lieu au début de notre pratique, la dernière étant survenue en 1953, dont deux pour des lésions bénignes. Deux également sont dues à une péritonisation ayant lâché, et ceci explique le soin avec lequel il faut péritoniser.

Nous rapprocherons de ces occlusions authentiques les simples reprises difficiles du transit intestinal, observées 6 fois. Mais nous incluons là des accidents très véniels, puisque ce sont des cas où il y eut des vomissements après le deuxième jour, un ballonnement abdominal notable les premiers jours ou un retard à la reprise du transit simplement, obligeant soit à prolonger soit à reprendre l'aspiration duodénale ou à user de la prostigmine plus que d'ordinaire.

- Obs. 7. Météorisme abdominal et vomissements les deux premiers jours cédant à l'aspiration et à la prostigmine. Gaz le 3ème jour et deux selles le 4ème jour.

- Obs. 16 - Aspiration duodénale du 2ème au 5ème jour, puis prostigmine du 5ème au 9ème jour et huile de paraffine jusqu'au 12ème bien que les premiers gaz aient été émis le 4ème jour et la première selle le 5ème jour. On dut d'ailleurs ensuite user d'elixir parégorique du 13ème au 17ème jour en raison d'une diarrhée secondaire.
- Obs. 19 - Gaz et selle le 4ème jour, mais après prostigmine les 3ème et 4ème jours.
- Obs. 24 - Gaz le 5ème jour, selle le 9ème, sans gêne notable (pas de vomissement, pas de météorisme).
- Obs. 30 - Aspiration duodénale maintenue jusqu'au 6ème jour en raison d'un léger ballonnement persistant, malgré l'émission de selles dès le 3ème jour, et même d'une légère diarrhée jusqu'au 15ème jour.
- Obs. 53 - Vomissements et ballonnement, les premiers gaz n'étant évacués que le 4ème jour et la première selle le 7ème jour.

3 - Les complications urinaires

Il n'y en eut qu'un seul de sérieux (obs. 46), après une H.C.G.V. pour un cancer du recto-sigmoïde chez une femme de 55 ans. Les suites immédiates furent des plus simples : gaz le 2ème jour, selle le 3ème jour, mais persistance d'une fébricule entre 37°6 et 38°2 jusqu'au 14ème jour, mise sur le compte d'une phlébite superficielle des deux saphènes internes variqueuses. Mais le 30ème jour apparaissent une fièvre importante, des douleurs abdominales puis une tuméfaction progressive du flanc gauche avec leucocytose. Les investigations radiologiques font alors la preuve de l'origine urinaire des troubles, ce qu'avait fait déjà soupçonner la ponction de la masse, ramenant un liquide clair et inodore. La réintervention confirma l'existence d'un épanchement urineux, dû à un point de péritonisation embrochant la paroi de l'urétére gauche : l'ablation du point coupable et la mise en place d'une sonde urétérale, ce qui avait été impossible avant

l'intervention, permirent une guérison dès lors rapide et parfaite, puis-
que une U.I.V. un an plus tard montrait une morphologie et une fonction ré-
nale normales.

A côté de cet accident majeur, et unique, furent observées :

- deux rétentions d'urines passagères, 1^{re} une de 4 jours obs. 16,
1^{re} autre de 2 jours, obs. 12.
- deux infections urinaires sans gravité - obs. 5 et 30.

4 - Les phlébites

Elles sont un peu plus fréquentes, puisque nous en avons observées 6,
mais ce diagnostic est porté au moindre doute, sur des signes frustrés, et
toutes ont été traitées au stade de phlébothrombose par les anticoagulants,
avec un accident hémorragique bénin. Aucun de nos opérés n'a d'ailleurs si-
gnalé de séquelles gênantes et nous n'en n'avons pas trouvé chez les opérés
revus par nous-mêmes (obs. 1 - 3 - 26 - 33 - 35 et 55).

Cinq fois fut porté le diagnostic d'infarctus pulmonaire : 2 fois
au cours de phlébothromboses reconnues (obs. 3 et 35) et 3 fois en dehors
de tout signe jambier ou pelvien évocateur (obs. 27 - 34 et 36).

A signaler une phlébite superficielle bilatérale de la saphène in-
terne, guérie sans incident (obs. 46).

5 - Un infarctus du myocarde survint le soir de l'H.C.G.V. sans
conséquence fâcheuse (obs. 27). La malade, âgée de 63 ans, supporta sans
ennui un infarctus pulmonaire plus tardif, et lors de l'intervention pour
fermeture de l'anus il n'y eut qu'une aggravation des signes électriques.
Cette malade est bien portante 3 ans et 4 mois après l'H.C.G.V.

6 - Aucun accident cérébral, bien qu'ayant opéré une patiente ayant
eu une hémiplegie transitoire 6 ans auparavant et gardant une hypertension
à 17-10 (obs. 30).

7 - Les complications pulmonaires se résument à :

- deux atélectasies pulmonaires, l'une découverte à l'autopsie du décès en hyperthermie (obs. 4), l'autre par les clichés pulmonaires, mais l'image n'était pas typique et fut labile (obs. 5).
- deux épanchements pleuraux discrets, l'un secondaire à un abcès de l'hypocondre gauche et guéri avec lui (obs. 38), l'autre chez un tuberculeux pulmonaire, opéré pour une sténose du sigmoïde, qui se révéla être tuberculeuse (obs. 64). Signalons à ce sujet qu'une autre H.C.G.V. pour cancer du rectum chez un tuberculeux pulmonaire crachant des B.K., se passa sans incident.

8 - Les suppurations de paroi

7 opérés firent une suppuration de paroi, sans gravité, guérie par simple débridement de la cicatrice à la demande (obs. 6 - 31 - 32 - 39 - 49 40 et 57).

De plus, 11 opérés éliminèrent des fils de paroi non résorbables, certaines de ces éliminations ayant peut être été à l'origine d'éventrations secondaires à ce niveau (obs. 5 - 10 - 25 - 26 - 36 - 38 - 40 - 45 - 46 - 55 et 63).

9 - Dans les suites immédiates, nous avons aussi constaté 5 fois l'apparition de diarrhée persistante, mais sans gravité, cédant à un traitement médical banal (obs. 5 - 33 - 30 - 38 et 59). Une (obs. 59) est peut être due à la tifomycine, une autre (obs. 38) est due aux antibiotiques, sans gravité non plus.

10 - Par contre aucune raison ne fut trouvée à la persistance d'une fébricule chez 7 de nos opérés : obs. 7 : 11 jours : obs. 11 : 21 jours ; obs. 16 : 12 jours, obs. 19 : 10 jours ; obs. 30 17 jours, obs. 59: 14 jours obs. 61 : 10 jours.

11 - 4 accidents allergiques : obs. 5 - 17 - 33 et 38

Telle est la morbidité de cette série de 65 H.C.G.V. Cette longue énumération ne doit pas tromper : il n'y eut en fait que 7 accidents sérieux en relation avec l'intervention elle-même :

- 3 fuites coliques, dont un décès.
- 3 occlusions du grêle post-opératoires
- 1 accident urinaire sérieux mais sans suites fâcheuses.

soit une morbidité de 10,7 %.

RESULTATS ELOIGNES

Aucun de nos opérés n'a été perdu de vue, et tous les vivants ont été revus par nos soins ou ont répondu à un questionnaire détaillé que nous leur avons adressé.

I. - Les décès secondaires

14 opérés sont morts depuis leur intervention.

L'un est mort 11 mois après H.C.G.V. pour polypose d'une hémorragie cérébrale (obs. 13).

Les 13 autres sont morts de récidives cancéreuses et méritent donc qu'on s'y attarde plus longuement.

1 - obs. 2 - Opéré en trois temps en 1951 pour un cancer du sigmoïde occlusif : anus, H.C.G.V., fermeture d'anús. Les ganglions mésentériques étaient intacts, ainsi que la portion de péritoine vésical enlevé. La récidive se fit sous forme de métastases abdominales, du flanc et de la fosse iliaque gauches, 16 mois plus tard. Le décès survint 26 mois après l'H.C.G.V. précédé par une hémiplegie dont on ne put dire si elle était d'origine vasculaire ou métastatique.

2 - Obs. 6 - H.C.G.V. pour cancer recto-sigmoïdien. Ganglions à l'origine de l'artère mésentérique inférieure, mais notre dossier à été

égaré. Décès 18 mois plus tard de métastases hépatiques.

3 - Obs. 7 - H.C.G.V. pour cancer rectal à 15 cm. en rectoscopie, avec cystectomie partielle. Histologie égarée. Décès 47 mois plus tard de métastases hépatiques et péritonéales, vérifiées par autopsie.

4 - Obs. 8 - H.C.G.V. pour cancer du sigmoïde, 5 ans plus tard, cancer de la moitié postérieure du canal anal, du type glandulaire lieberkühnien sans ganglions inguinaux. Traité ailleurs par aiguillage de radium. Décès 6 ans et 3 mois après 1^{er} H.C.G.V.

5 - Obs. 14 - H.C.G.V. pour cancer de la branche ascendante de l'an-
gle gauche, ayant envahi le sommet de l'anse sigmoïdienne et deux anses
grêles : phlébite pré-opératoire. Phlegmon gazeux post-opératoire le 18ème
jour. Décès 6 mois après 1^{er} H.C.G.V. de généralisation probable.

6 - Obs. 20 H.C.G.V. pour cancer du colon iliaque, avec envahisse-
ment de tous les ganglions, y compris ceux du groupe principal. Décès 4
mois plus tard de métastases cérébrales probables, étant donné l'ensemble
neurologique présenté alors par le malade. Il s'agit donc d'un cas où seule
1^{er} H.C.G.V. pouvait donner une chance réelle de guérison, mais où les cel-
lules cancéreuses avaient déjà migré bien au-delà, étant donné la rapidité
de la mort par métastases cérébrales.

7 - Obs. 22 H.C.G.V. avec hystérectomie subtotale et résection de
péritoine vésical pour un cancer sigmoïdien adhérent à la calotte vésicale
et à la corne utérine gauche. Les ganglions latéro et pré-aortiques étaient
envahis. Décès 6 mois plus tard par généralisation. Ce cas est analogue au
précédent.

8 - Obs. 32 - H.C.G.V. pour cancer recto-sigmoïdien. 2 ans plus
tard, alors que le malade était en apparente bonne santé, on notait déjà,
à l'occasion d'une convocation, un gros foie débordant d'un travers de

main le rebord costal. Le décès survenait un an plus tard de métastases hépatiques, soit 35 mois après l'H.C.G.V.

9 - Obs. 34 - H.C.G.V. pour cancer du sommet de l'anse sigmoïde. Décès 26 mois plus tard, de métastases hépatiques.

10 - Obs. 35 - H.C.G.V. pour cancer du haut rectum. Décès 18 mois plus tard par métastases péritonéales, vérifiées opératoirement à l'occasion d'un accident occlusif révélateur.

11 - Obs. 38 - H.C.G.V. pour cancer du colon descendant, très volumineux. Ganglions non envahis. Absès de l'hypocondre gauche incisé et anus transverse droit bien qu'il n'y ait pas de communication colique apparente. Décès un an plus tard environ, sans précision.

12 - Obs. 40 H.C.G.V. pour cancer du recto-sigmoïde, dont le pôle inférieur ne descendait pas au dessous du cul de sac de Douglas. Mais la section rectale n'a porté que 6 cm en dessous du pôle inférieur de la tumeur. Les ganglions principaux étaient intacts. 11 mois plus tard il existait une récurrence locale, perçue au T.R. et confirmée par le lavement baryté, qui montre une anastomose étroite, canaliculaire, bien que les contours muqueux restent réguliers. Une rectoscopie, deux mois plus tard, confirmait le diagnostic de récurrence locale et ce malade mourrait 16 mois après l'intervention, le pelvis envahi par la récurrence locale ; avec de plus des métastases pulmonaires bilatérales et d'autres sur le squelette du bassin. Il est certain que la section rectale ne passa pas assez à distance du pôle inférieur du cancer. C'est depuis ce cas que nous exigeons un minimum de 10 cm en dessous de la tumeur.

Comme BERTRAND et FRANCILLON, pour avoir cru pouvoir transgresser cette règle, nous avons eu une récurrence locale précoce. De plus, ce cas confirme ce que dit CAHEN à propos des récurrences sur l'anastomose : "ces récurrences se développent sous la muqueuse qu'elles soulèvent et infiltrant progressivement. Tous se passe comme si elles débutaient dans les voies lymphatiques extra-rectales pour faire issue secondairement dans la muqueuse". Il en était ainsi ici, de même que dans un autre cas de récurrence tardive (obs. 1) : la

récidive était perceptible au doigt alors que la muqueuse était encore intacte sur le lavement baryté et à la rectoscopie et ne fut ulcérée que quelques mois plus tard.

13 - Obs. 42 - H.C.G.V. en trois temps pour cancer sigmoïdien perforé et bouché par une anse grêle, avec abcès fusant dans le cul de sac de Douglas. Il s'agit de plus d'un des trois cas où il existait une métastase hépatique, ici seulement suspecte à l'exploration, alors que les ganglions principaux n'étaient pas envahis. On ne pouvait guère espérer une survie supérieure à 16 mois, date à laquelle survint le décès par métastases hépatiques, cutanées et abdominales.

Tels sont les 13 décès secondaires par récidives. Celles-ci sont constituées dans les 10 cas où nous possédons des précisions par :

- 1 fois des métastases cutanées
- 1 fois des métastases osseuses
- 1 fois des métastases pulmonaires
- 2 fois des métastases cérébrales
- 2 fois des métastases locales, dont peut être une fois un cancer successif.
- 4 fois des métastases abdominales et péritonéales
- 4 fois des métastases hépatiques.

Ces chiffres appellent quelques commentaires.

1°) - Les récidives locales dans les statistiques américaines sont de 10 % en moyenne, chiffre très élevé qui a inquiété ces chirurgiens et leur a fait chercher une explication. ET COLE, en 1954, arrive à la conclusion que ces récidives en aval de la résection sont dues à la greffe sur la ligne de suture de cellules cancéreuses viables, desquamées au cours de l'intervention et conseille de pratiquer, avant toute mobilisation de la tumeur, une ligature du colon au dessus et au dessous de la tumeur, au même titre qu'est recommandée la ligature première de la veine mésentérique

inférieure pour éviter les embolies cancéreuses per-opératoires vers le foie. De nombreux travaux sur ce sujet ont suivi, mais ils n'emportent pas la conviction. D'une part il est impossible de placer une ligature, que ce soit avec un ruban ou avec un clamp, au-dessous d'un cancer du haut rectum ou même du recto-sigmoïde avant toute mobilisation de la tumeur. D'autre part l'étude faite par ADAMSON sur 21 pièces d'excérèse colique avec ligature sus et sous-jacente du colon n'est guère convaincante, puisque dans 8 cas il n'y avait aucune cellule cancéreuse entre les ligatures, dans 6 cas il y en avait même au-delà des ligatures, et que dans 7 cas seulement (33,3 %) ces ligatures semblaient avoir été efficaces puisque les cellules cancéreuses n'existaient qu'entre les ligatures.

Il y a là une voie de recherche certaine pour améliorer si possible les résultats mais il semble sage d'attendre la confirmation des travaux, qui demandent d'ailleurs des moyens de travail considérables.

Notre chiffre de récurrence locale n'est d'ailleurs que de 3,07 % pour l'instant.

2 - Les métastases hépatiques sont connues depuis longtemps comme étant une manière courante de récidiver pour les cancers du colon gauche. Nous avons déjà signalé que les auteurs américains pensaient que le chirurgien lui-même pouvait être à l'origine de ces métastases en déclenchant des embolies cancéreuses per-opératoires dans le système porte, et recommandaient en conséquence de lier en premier la veine mésentérique inférieure.

C'est là encore une voie de recherche et il faut attendre des résultats à 5 ans assez nombreux et démonstratifs.

3 - Les métastases péritonéales sont de même connues depuis longtemps pour leur fréquence au cours de ces cancers. Certes on peut incriminer un envahissement par contiguïté dans les formes où l'on dut enlever d'autres organes, et il pourrait en être ainsi dans nos observations 2 (envahissement du péritoine vésical), 7 (cystectomie partielle), 14 (envahissement des deux anses grêles en plus du colon sigmoïde), 22 (envahissement utérin et vésical),

et 42 (abcès du Douglas par perforation néoplasique bouchée par une anse grêle). Mais cette explication n'est pas valable dans tous les cas, entre autre dans notre observation 35, et de plus l'examen histologique des organes enlevés montre bien souvent qu'il n'y a aucun envahissement histologique. Certains, avec des études histologiques et surtout cystologiques à l'appui, admettent comme explication la desquamation dans la grande cavité abdominale de cellules cancéreuses viables provenant de l'envahissement séreux au niveau de la tumeur et du méso. Ceci pourrait peut être expliquer la relative fréquence d'un semis de granulations péritonéales sur le péritoine, surtout du pelvis, alors que la tumeur siège très à distance. Les manipulations per-opératoires de la tumeur seraient là-aussi une cause de dissémination de ces cellules, et pour y pallier les uns, tels POMERANZ et J.H. GARLOCK, PETEIRA, emmaillotent le plus tôt possible la tumeur dans un champ noué au dessous et au dessus de la tumeur, les autres tels COLCOCK et GOLICHER, préfèrent introduire de la moutarde à l'azote dans la cavité abdominale dès son ouverture, car ces cellules peuvent aussi provenir des lymphatiques sous-séreux du mésocolon.

Tels sont les voies de recherches actuelles pour essayer de diminuer la fréquence des diverses récidives qui endeuillent encore largement les exérèses coliques même larges.

II. - Les récidives

En plus de ces 13 morts par récidives, nous avons de plus à déplorer 4 récidives certaines, qui sont très évoluées et entraîneront prochainement la mort.

L'une doit être mise à part, car il s'agit d'un cancer du corps utérin qui avait envahi le sommet de l'anse sigmoïde avec présence de ganglions à l'origine de l'artère mésentérique inférieure et pour laquelle l'H.C.G.V. ne fut donc qu'une intervention de complément. C'est l'observation 23, datant de 1954. Un peu plus de 2 ans plus tard, une récidive pelvienne avec fistule recto-vaginale néoplasique secondaire fit pratiquer une peivectomie totale, en Juin 1956; les ganglions hypogastriques étaient em-

vahis à l'examen histologique. 18 mois plus tard, une nouvelle récurrence était confirmée par une biopsie au niveau d'une fistule à côté de la néo-vessie. Il est probable que cette malade est morte à ce jour, mais c'est le problème du traitement des cancers évolués du corps utérin qu'elle soulève.

Par contre les trois autres récurrences ont trait à des cancers du colon gauche.

- Obs. 1 - H.C.G.V. en 1951, pour cancer du rectum un peu au dessous du cul de sac de Douglas, le niveau de section en dessous du pôle inférieur de la tumeur n'étant pas précisé. Les ganglions principaux n'étaient pas envahis. 5 ans et 3 mois plus tard apparaissent des glaires sanglantes dans les selles et la rectoscopie montre une ulcération à 11 cm qui est biopsiée. L'histologie répond inflammation et l'on espère qu'il ne s'agit que d'un granulome tardif, d'autant plus que le lavement baryté est normal. Mais trois mois plus tard les glaires sanglantes persistent, et le toucher rectal permet alors de sentir une masse dure, arrondie, fixe, grosse comme une orange au dessus de la prostate, refoulant le rectum en arrière. Il s'agit donc d'une récurrence pelvienne latéro-rectale droite, probablement une adénopathie cancéreuse fixée. Ceci pourrait être en faveur des H.C.G.V. comportant en plus un curage des ganglions pelviens, comme le proposent dans certains cas BACON OU PEREIRA.

- Obs. 11 - H.C.G.V. en 1952, pour un cancer du sigmoïde très infecté, avec hémoculture positive au colibacille, ayant nécessité un anus transverse droit contemporain. 4 ans et 3 mois plus tard une métastase hilaire gauche avec atélectasie est découverte, confirmée par une biopsie au cours d'une bronchoscopie. Ce malade est encore en vie mais moribond et des difficultés du transit doivent faire soupçonner en plus une récurrence abdominale.

Obs. 50 - H.C.G.V. pour cancer du recto-sigmoïde en octobre 1957. 10 mois plus tard occlusion du grêle par agglutination d'anses sur des métastases au niveau de la paroi, du grêle, du mésentère, de l'épiploon et du foie, confirmées histologiquement. Etait moribond fin 1958.

Récapitulatif des statistiques

65 H.C.G.V., dont 57 pour cancer du colon gauche, dont 8 compliqués
8 dérivations pré-opératoires, dont 6 seulement conservées après
H.C.G.V.

8 dérivations contemporaines : 6 coecostomies, 2 anus transverses
droits.

51 H.C.G.V. idéales.

2 morts opératoires, soit 3,07 %

7 H.C.G.V. pour lésions bénignes, 1 mort secondaire par hémorra-
gie cérébrale.

1 H.C.G.V. complémentaire d'une hystérectomie totale élargie pour
cancer du corps utérin. Récidive. Pelvectomie. Récidive. Mort
probable à ce jour.

57 H.C.G.V. pour cancer du colon gauche, ayant donné :

- les 2 morts opératoires, soit 3,50 %

- 13 morts secondaires par récidives, dont une 6 ans et 3 mois
après.

- 3 récidives proches de la mort.

Parmi ces 57 H.C.G.V. pour cancer, 16 ont un recul de 5 ans et
plus.

- 1 décès opératoire, soit 15 opérés restant.

- 6 décès secondaires, soit 40 %

- 2 récidives, soit 13,33 %

- 7 malades apparemment guéris, soit 46,66 %

Ces chiffres sont très voisins des pourcentages de survie à 5 ans
après colectomie segmentaire. Toutefois il faut remarquer que :

- il ne s'agit que d'une série de 15 cas, donc trop courte pour
avoir une réelle valeur statistique.

- 4 de ces cancers étaient des formes compliquées, dont les ré-
sultats à 5 ans sont nettement inférieurs à ceux des formes non
compliquées : deux étaient en occlusion (obs. 2 et 9), un était
très infecté et nécessita la résection de la dernière anse grêle
(obs. 11), et le dernier était également infecté, avec phlébite

pré-opératoire et nécessita la résection de deux anses grêle (obs. 14).

III. - Les autres accidents secondaires

Il nous reste à envisager les autres accidents secondaires survenus, témoignant essentiellement de la qualité fonctionnelle des résultats.

a) - un ictère post-opératoire, survenu dans les trois mois suivant l'H.C.G.V. et certainement en relation avec les transfusions reçues par cette malade (obs. 39).

b) - Un granulome

Cet accident est très important à bien connaître, car sa survenue est toujours un moment d'anxiété, que l'histologiste lui-même ne permet pas toujours de distinguer d'une récidive locale, témoins notre observation 1. Seule l'évolution permet finalement, d'affirmer qu'il s'agit bien d'un granulôme, ce qui est gênant car les récidives locales peuvent être justiciables d'une réintervention, amputation abdomino-périnéale par exemple. Nous en avons observé un cas typique ayant un recul suffisant maintenant pour être certain du diagnostic (obs. 12). 9 mois après H.C.G.V. pour cancer du haut rectum, apparurent chez ce malade des glaires rectales et une irritation rectale. Le toucher rectal ne sent rien d'anormal ; mais c'est cependant le diagnostic de récidive locale qui est envisagé en attendant le résultat de la rectoscopie. Celle-ci montre heureusement des lésions typiques de stomite de l'anastomose, avec même un fil en cours d'élimination parfaitement vu. La biopsie de sécurité ne montre que des lésions histologiques d'inflammation. Il s'agissait donc bien d'un granulôme, et l'évolution le confirma puisque ce malade a actuellement passé le cap des 5 ans, ayant même dépassé les 7 ans.

c) - Les éliminations secondaires de fils non résorbables.

Elles ont été comptées avec les accidents opératoires de suppu-

ration de paroi. Cet accident est sans gravité, mais est désagréable, peut être autant d'ailleurs pour le chirurgien que pour la victime. Nous en avons observés comme tout le monde avec tous les types de fils non résorbables utilisés. Une seule erreur à ne pas commettre : ces fils forment parfois de petites tumeurs sous-cutanées, parfois même des abcès chroniques (obs. 25), qu'il ne faut pas confondre avec une métastase sous-cutanée.

d) - Les éventrations

Elles sont assez nombreuses, mais d'importance très variable quant à leur volume et à la gêne qu'elle entraînent. C'est leur volume que nous avons cependant retenu pour les classer.

- petites éventrations : orifice de moins de trois travers de doigt : 6 cas.

1 de la partie inférieure de la médiane sous-ombilicale (obs. 42).

1 ombilicale, admettant deux doigts (obs. 45).

2 faiblesses de l'oblique de l'incision de Barraya, dont une malade de 81 ans (obs. 49 et 36).

1 petite éventration (à peine 1 doigt) au milieu de l'oblique (obs. 39).

1 faiblesse sus-pubienne, au niveau du drain sus-pubien (obs. 27).

- Grosses éventrations : 8 cas.

2 intéressent toute la cicatrice, une après para-rectale gauche n'entraînant pas de gêne (obs. 5), l'autre après Barraya mais ne gêne pas l'activité alors que ce malade a réclamé qu'on l'opère pour une hernie inguinale gauche récidivée (obs. 10).

1 sur trois travers de doigts à la partie basse de l'oblique, indolente et pas gênante (obs. 41).

1 sur l'oblique de l'incision de Barraya (obs. 34, D.C.D.)

4 portent à la fois sur la médiane sous-ombilicale et sur l'oblique - 1 comprend deux orifices sur l'oblique

admettant à peine un doigt, et un diastasis des droits sur trois travers de doigt (obs. 37).

1 associe une éventration de 4 travers de doigt à la jonction oblique-médiane et un diastasis des droits d'un travers de main (obs. 62).

2 sont à cheval sur l'oblique et la médiane, tous deux décédés (obs. 32 et 38).

Reste une éventration d'importance non connue chez un malade décédé (obs. 7).

Soit au total 15 éventrations, dont 5 chez des malades décédés, et aucune des 9 autres n'a réclamé d'intervention ni signalé de gêne importante dans son activité.

e) - Les suites fonctionnelles

Il n'est guère possible de se faire une opinion sur le retentissement de l'H.C.G.V. sur les fécès. A peu près autant de nos opérés ont une tendance à la constipation ou à la diarrhée, l'une et l'autre curable par un simple régime le plus souvent. On retrouve le plus souvent la même tendance bien avant l'intervention et les premiers symptômes ayant révélé la lésion colique. Par contre jamais ne fut observé de symptôme pouvant être rattaché à une distension du cul de sac de l'anastomose latéro-terminale ; tous nos opérés ont eu un contrôle radiographique post-opératoire, et une seule fois ce cul de sac est important (2 cm environ) ; mais tous se vident vite et bien.

Deux opérés eurent par contre une continence sphinctérienne, mauvais au début, et ne sentaient que fort mal le besoin d'aller à la selle, au point d'être obligés de se garnir. L'une avait eu une H.C.G.V. pour sigmoïdite et l'anastomose, bien que sous-péritonéale n'est pas perceptible au T.R. ; les troubles ont persisté 2 ans et demi avant de disparaître totalement (obs. 29). L'autre avait subi une H.C.G.V. pour un cancer du bas sigmoïde et là aussi l'anastomose n'est pas perceptible au T.R. et les troubles

ont disparu au bout de 18 mois (obs.26).

Deux autres opérés ont du mal à retenir les selles liquides (obs. 5 et 59). Tels sont donc les résultats fournis par les 65 H.C.G.V. de notre série. Nous pensons qu'on peut en tirer un certain nombre de conclusions.

	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	TOTAL
Lésions bénignes : 7	0	1	1	0	1	0	3	1	7
Décès 1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Lésions malignes:58									
K.utérin : 1				1					
K.colon : 57	2	9	4	6	9	9	7	12	57
Décès Opér.2	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Décès second:13	1	3	1	2	1	5	0	0	13
Récidives vivants : 3	1	1	0	0	0	0	0	1	3
vivants, bonne santé	0	4	3	3	8	4	6	11	39

Tableau de répartition par année, avec les résultats.

Statistique des survies à 5 ans, 4 ans et 3 ans, dans les cancers coliques.

SURVIE	NOMBRE d'H.C.G.V.	DECES	RECIDIVES	SURVIVANTS
5 ans	16	6 = 40 % (+ 1 déc.Opér.)	2 = 13,33 %	7 = 46,66 %
4 ans	20	8 = 40 %	2 = 10 %	10 = 50 %
3 ans	30	9 = 30 %	2 = 6,66%	19 = 63,33 %

RESUME DES OBSERVATIONS DES 65 HEMICOLECTOMIES
GAUCHES VRAIES

OBS. I. - D.... Lucien, 55 ans -

K du rectum à 10 cm. Biopsie H.C.G.V. (Dr. MOUCHET) 29-6-1951.

Incision oblique. K au niveau du cul de sac de Douglas et un peu au dessous. 2 à 3 ganglions mésentériques. Anastomose sous-péritonéale. Mèche. Coecostomie.

Histo. Epi glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : fébricule jusqu'au 20 ème jour. Thrombose du Membre inférieur droit : tromexane.

Récidive pelvienne latéro-rectale droite avec sciatique en Avril 1957.

OBS. 2 - P.... Jean 60 ans

K du sigmoïde occlus chez un diabétique.

1) - Anus transverse droit en urgence.

2) - H.C.G.V. le 18-12-1951 (Dr. MARQUAND)

Adhérences au dome vésical et ganglions à la racine du méso.

3) - Fermeture d'anus.

Histo. Epi.glandulaire cylindrique. Ganglions intacts. Vessie intacte.

Suites de 1st H.C.G.V. banales.

Mai 1953 : Troubles du transit, masses épiploïques, fosse iliaque et flanc gauches.

1954 : hémiplégie et décès le 24-2-1954 (26 mois).

OBS. 3 - A.... Mathilde, 62 ans

K de la partie haute du descendant, palpable.

C.R.O. 8-8-1952 (Dr. MARQUAND) H.C.G.V. avec anastomose transverso-sigmoïdienne latéro-latérale + coecostomie. Pas de drainage.

Histo. Epi. Glandulaire cylindro-cubique. Ganglions intacts.

Suites : fébricule jusqu'au 20ème jour car thrombose et infarctus pulmonaire droit.

1959 : très bien.

OBS. 4 - C.... Marguerite, 68 ans

K du rectum à 13 cm.

C.R.O. 18-4-1952 (Dr. MOUCHET) para-rectale gauche. H.C.G.V. + coecostomie. Lame.

Décès le deuxième jour en hyperthermie. Autopsie : poumon gauche rétracté sans embole artériel.

OBS. 5 - F... Georges, 63 ans

K du haut rectum à 16 cm.

C.R.O. 7-3-1952 (Dr. MOUCHET) para-rectale G.K. adhérent au dome vésical. H.C.G.V. + résection de péritoine vésical + coecostomie. Lame.

Histo. Epi. glandulaire cylindrique. ganglions intacts.

Suites : infection urinaire le 9ème jour ; diarrhé et rectite du 6ème au 13ème jour, puis le 20ème. Opacité pulmonaire labile le 5ème jour : atélectasie.

1959 : Eventration non gênante de toute la cicatrice. Ne retient pas toujours les selles liquides. Diarrhée glaireuse par écart de régime

Très bien sinon.

OBS. 6 - F.... Augustine, 66 ans

K du rectum à 14 cm : Biopsie.

C.R.O. 13-5-1952 (Dr. MOUCHET) Para-rectale G.; K recto sigmoïdien volumineux avec ganglions à l'origine de l'artère mésentérique inférieure H.C.G.V. typique.

Dossier égaré.

Suppuration de Paroi.

Décès en Novembre 1953 de métastases hépatiques.

OBS. 7 - G.... Noé, 59 ans.

K du rectum à 15 cm. Biopsie.

C.R.O. 13-6-1952 (Dr. MOUCHET) - H.C.G.V. + cystectomie partielle 5 x 5 cm. Lame.

Histo. égarée

Suites : météorisme et vomissements les 2 premiers jours : aspiration et prostigmine.

Fébricule jusqu'au 9ème jour.

Eventration non précisée en 1953.

Décès le 3-5-1956 : métastases péritonéales et hépatiques à l'autopsie (47 mois).

OBS. 8 - L.... Pierre, 78 ans

K du sigmoïde infranchissable. Mauvais E.G.

C.R.O. 30-9-1952 (Dr. MOUCHET) - K de la partie mobile du sigmoïde avec ganglions petits à l'origine de l'A.M.I.

H.C.G.V. + coecostomie.

Histo. Epi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : occlusion le 5ème jour, réopéré le 6ème : volvulus d'une anse grêle agglutinée sur un moignon de ligature du mésocolon au détroit supérieur.

Nov. 1957 : cancer de la moitié postérieure du canal anal, sans ganglions inguinaux.

Biopsie : épi. glandulaire du type lieberkühnien. Aiguillage de radium.

Décès le 24-12-1958 (6ans et 3mois).

OBS. 9 - O..... Eugène, 64 ans

K du sigmoïde coecostomisé en fév. 1952 pour occlusion aiguë fébrile. C.R.O. 27-6-1952 (Dr. MOUCHET).

Oblique. Petit K en virole du sigmoïde haut avec 2 petits ganglions visibles à l'origine de l'A.M.I. ; H.C.G.V. sans drainage.

Histo. Epi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : banales. On dut opérer pour fermer la coecostomie le 19-7-1952.

1959 : très bien, un peu constipé.

OBS. 10 - P..... Eugène, 52 ans

Dolichocolon.

C.R.O. 3-4-1952 (Dr. MARQUAND).

H.C.G.V. avec anastomose transverso-rectale termino-terminale.

Suites : occlusion le 4ème jour cédant en 48 heures au traitement. Occlusion le 13ème jour : opéré le 15ème : dilatation diffuse des anses grêles depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à 40 cm. de l'angle iléo-coecal : adhérences à la paroi, l'estomac, le décollement pariétal, le grêle et le petit bassin ; Noble après ablation des adhérences laissant de nombreuses dépéritonisées. Fistule du grêle, guérie spontanément.

Elimination de fils.

1959 : éventration discrète et non gênante, mais sur toute la longueur de l'incision.

Constipé depuis 3 mois : mucilages. Très bien sinon.

OBS. 11 - R..... Marcel, 64 ans

K du sigmoïde très infecté, hémoculture ++ au colibacille 1 mois de préparation, avec tifomycine en plus.

C.R.O. 4-6-1952 (Dr. MOUCHET)

K sigmoïdien très volumineux adhérent au dome vésical et à la dernière anse grêle H.C.G.V. + cystectomie + résection de la dernière anse grêle, réimplantée dans le coecum. Anus transverse droit.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non étudiés.

Suites : fébricule jusqu'au 16ème jour, puis 2 clochers à 38°6 les 15ème et 21ème jour. Anus fermé le 23-7-1952.

1956 : métastase pulmonaire hilare gauche, confirmé par bronchoscopie :

Traité par radiothérapie.

1959 : atélectasie complète et infectée du poumon gauche. Troubles du transit (morphine). Moribond.

OBS. 12 - T.... Clément, 62 ans

K du rectum à 15 cm.

C.R.O. 29-1-1952 (Dr. MOUCHET).

Para-rectale gauche H.C.G.V. + anus transverse droit. 2 lames.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non étudiés.

Suites : banales sauf une rétention d'urine de 2 jours.

Fermeture d'anus le 29-2-1952.

6-11-1952 : granulome typique

1959 : Parfait.

OBS. 13 - D... Baptiste, 55 ans

Dolichocolon + polypose rectale et sigmoïdienne entre 8 & 24 cm suspecte sur 3 biopsies.

C.R.O. 27-1-1953 (Dr. MOUCHET).

Colotomie et exploration du colon au rectoscope. H.C.G.V. typique mais sujet gras et profond rendant assez difficile la ligature des ailerons moyens. 1 drain, 1 lame.

Histo- Polypes bénins.

Suites : occlusion du grêle le 12ème jour ; réopéré aussitôt : adhérence d'une anse grêle à une zone de péritonisation. Suites dès lors banales.

Décès le 15-12-1953 : hémorragie cérébrale.

OBS. 14 -- E.... Anna, 73 ans.

K. de la branche ascendante de l'angle gauche, un peu infecté, avec phlébite.

C.R.O. 17-7-1953 (Dr MOUCHET)

Enorme tumeur de la branche ascendante de l'angle gauche envahissant le sommet de l'anse sigmoïde et deux anses grêles. H.C.G.V. + résection des deux anses grêles et réimplantation de l'iléon dans la face antérieure du coecum. Anastomose latéro-latérale entre la 1/2 droite du transverse et le recto-sigmoïde.

Histo. égarée.

Suites : diarrhée les 4ème et 5ème jours. Le 18ème jour, phlégon gazeux de la paroi guérissant par débridement au prix d'une fistule stercorale temporaire.

Décès 6 mois environ après, de généralisation, sans précision.

OBS. 15 -- L..... Joseph, 68 ans

K recto-sigmoïdien prolabé dans le Douglas.

K de la branche descendante du sigmoïde adhérent à la vessie H.C. G.V. + résection du péritoine vésical.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : banales.

1959 : parfait.

OBS. 16 -- N..... Maximilienne, 55 ans

K du colon descendant.

C.R.O. 13-10-1953 (Dr. MOUCHET).

K à 15 cm en dessous de l'angle gauche, adhérent à la branche ascendante du sigmoïde H.C.G.V. avec résection du tablier épiploïque et anastomose entre la moitié droite du transverse et le recto-sigmoïde. Lame et mèche.

Histo. épi.glandulaire cylindrique + polypes bénins au dessus.
Ganglions non précisés.

Suites : aspiration jusqu'au 5ème jour, puis prostigmine jusqu'au 9ème et huile de paraffine ; retention d'urine de 4 jours ; fébricule jusqu'au 12ème jour.

1958 : parfaite, légère tendance à la constipation. Obèse. Opérée pour prolapsus génital en 1958.

OBS. 17 - S..... Marius, 57 ans

K recto-sigmoïdien sub-occlusif.

C.R.O. 15-12-1953 (Dr. MOUCHET)

K de la charnière recto-sigmoïdienne avec un ganglion mou à l'origine de l'A.M.I.H.C.G.V.

Histo : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites ; banales en dehors d'une éruption allergique à la pénicilline le 7ème jour, avec purpura le 8ème et un léger oedème malléolaire cédant au traitement sans sel.

1959 : parfait.

OBS. 18 - A..... 64 ans,

K recto-sigmoïdien senti à bout de doigt au T.V. biopsie.

C.R.O. 8-10-1954 (Dr. MOUCHET)

Virole recto-sigmoïdienne H.C.G.V.

Histo.:épi. glandulaire cylindrique infiltré. Ganglions intacts.

Suites : banales.

1959 : parfait.

OBS. 19 - A..... Léa , 61 ans

K du rectum perçu à 8 cm. Biopsie.

C.R.O. 5-10-1954 (Dr. MOUCHET)

Petite tumeur de la partie supérieure du rectum péritonisé. Libération du rectum jusqu'au plancher pelvien. Section 10 cm en dessous de la tumeur. H.C.G.V.

Histo : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts

Suites : fébricule jusqu'au 10ème jour. Prostigmine les 3ème et 4ème jour.

1959 : parfaite en dehors d'une colite. Anastomose perçue à 7 cm, bien souple.

OBS. 20 - G..... Jean, 50 ans

K du colon iliaque palpable.

C.R.O. 14-6-1954 (Dr. MOUCHET)

Gros K du colon iliaque avec ganglions à l'origine de l'A.M.I.

H.C.G.V. + coecostomie.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions envahis.

Suites : banales.

Décès le 23-10-1954 de métastases cérébrales probables en raison des signes neurologiques : douleurs diffuses, anesthésie de la lèvre inférieure, délire, hallucinations nocturnes, dyspnée sine materia intermittente (4 mois).

OBS. 21 - K..... 51 ans,

K du sigmoïde avec occlusion progressive. Coecostomie.

C.R.O. 23-6-1954 (Dr. MOUCHET).

H.C.G.V. avec ligature d'une artère du colon transverse faisant bride, puis d'une deuxième.

Histo. épi. cylindrique. 1 ganglion envahi.

Suites : banales, transit rétabli dans les premières heures.

1959 : parfaite, s'est remariée.

OBS. 22 -- M.C..... Marie, 60 ans.

K du bas sigmoïde.

C.R.O. 2-2-1954 (Dr. MARQUAND)

K sigmoïdien adhérent au dome vésical et à la corne utérine.

H.C.G.V. + hystérectomie subtotale + résection du péritoine vésical envahi. Lame.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions envahis

Suites : banales.

Décès le 3-9-1954 de généralisation (6mois).

OBS. 23 -- S... 64 ans,

K du corp utérin.

C.R.O. 12-1-1954 (Dr. MOUCHET)

K du corps utérin envahissant le sommet du sigmoïde avec ganglions le long de l'A.M.I. ; on pense à un envahissement vrai du sigmoïde : H.C.G.V. complétant l'hystérectomie totale.

Histo.: épi.cylindrique utérin. Pas d'envahissement du sigmoïde. Ganglions intacts.

Suites simples, malgré l'absence de préparation colique.

Juin 1956 : fistule recto-vaginale avec bourgeons néoplasiques. Pelvectomie totale le 24-7-1956 (Dr. CAMEY): récidive bloquant le petit bassin et englobant les 2 urétères. Ganglions hypogastriques envahis à l'histologie.

Déc. 1957 : récidive avec fistule néoplasique à côté de l'orifice de la néo-vessie.

Probablement décédée à ce jour.

OBS. 24 - C..... Alice, 53 ans.

K du rectum à 15 cm.

C.R.O. 8-6-1955 (Dr. MARQUAND)

K du rectum à 4 travers de doigt au dessus du Douglas, avec lésions péritonéales suspectes du Douglas. H.C.G.V. + Hystérectomie totale ; anas-

tomose au niveau de la tranche de section vaginale.

Histo : épi. cylindrique glandulaire. Ganglions envahis.

Suites: banales, mais première selle le 9ème jour (gaz le 5ème jour).

1959 : très bien. L'anastomose est perçue, normale. Quelques réserves cependant : il existe des douleurs lombaires diffuses depuis plusieurs mois, et nous n'avons pas vu les radiographies de colonne, qui n'auraient montré qu'une "décalcification vertébrale" mais pas de métastases.

OBS. 25 - C.... Gabrielle, 49 ans

K du rectum à 12 cm, prolabé dans le Douglas. Biopsie.

C.R.O. 9-8-1955 (Dr. MARQUAND).

K de la charnière recto-sigmoïdienne à 4 travers de doigt au dessus du Douglas.

H.C.G.V. + Hystérectomie totale de facilité. Drain vaginal uniquement

Histo : épi glandulaire cylindrique

1957 : opérée pour abcès chronique autour de plusieurs fils à la partie supérieure de l'oblique du Barraya.

1959 : très bien ; quelques douleurs au niveau de l'abcès incisé.

OBS. 26 - C... Albert, 71 ans

K du bas sigmoïde.

C.R.O. 29-7-1955 (Dr. CAMEY).

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions ???

Suites : phlebothrombose : tromexane.

1957 : gastrectomie subtotale pour ulcus duodénal. Pas de métastases constatées.

1959 : séquelles de gastrectomie allant en s'améliorant. Sinon très bien côté colique mais pendant 18 mois après l'H.C.G.V. n'a pas senti correctement le besoin d'aller à la selle et ne retenait pas ses matières.

OBS. 27 - D... Gabrielle, 63 ans

K du sigmoïde en subocclusion ne cédant pas au traitement. Anus transverse droit total le 29-9-1955.

C.R.O. 14-10-1955 (Dr. MARQUAND)

Petit squirrhe du sommet du sigmoïde. H.C.G.V. Du fait de l'anus transverse droit, le colon doit croiser l'angle duodéno-jéjunal.

Histo : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : infarctus du myocarde le soir de l'H.C.G.V. infarctus pulmonaire droit le 25^{ème} jour, sans signe de phlébites : tromexane.

Fermeture d'anus le 28-2-1956 : aggravation des signes électriques.

1959 : bien, paroi un peu faible à l'orifice de drainage sus-pu-bien.

OBS. 28 - L.... Joséphine, 54 ans

K recto-sigmoïdien.

C.R.O. sigmoïdien bas avec 1 ganglion à l'origine de l'A.M.I., H.C.G.V. avec anastomose sous-péritonéale.

Histo. : épi. glandulaire cylindro-cubique. Ganglion intact. Polype sous-jacent epitheliomateux.

Suites : simples.

1959 : très bien en dehors d'une colite probable.

OBS. 29 - M... Lucie, 66 ans,

Sigmoïdite diverticulaire de tout le sigmoïde, ne guérissant pas après 45 jours de traitement médical.

C.R.O. 14-10-1955 (Dr. MOUCHET).

Gros sigmoïde à forme tumorale adhérent à la vessie. On doit couper au ciseaux dans le tissu inflammatoire qui soude intimement sigmoïde et vessie H.C.G.V.

Histo. : inflammation.

Suites : banales.

1959 : pendant 2 ans et 1/2 sentait mal le besoin d'aller à la selle et retenait mal les matières. A éliminé deux fils et garde une fistulette à

ce niveau.

Très bien actuellement au point de vue colique, mais a par ailleurs une hernie diaphragmatique, un diverticule duodénal avec ulcus duodénal possible.

OBS. 30 - M..... Lucie, 68 ans

K du colon descendant chez une ancienne hémiplegique (1949), hypertendue à 17-10.

C.R.O. 9-6-1955 (Dr. MOUCHET).

K mobile en partie invaginée. H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions ????

Suites : ballonnement : aspiration jusqu'au 6ème jour, cystite; légère diarrhée jusqu'au 15 ème jour.

1959 : parfaite.

OBS. 31 - P..... 68 ans,

K sténosant du colon iliaque, coecostomisé pour occlusion.

C.R.O. 3-11-1955 (Dr. MOUCHET)

Squirrhe en ficelle du descendant : H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts. Polype petit et benin à 25 cm au dessus.

Suites : banales en dehors d'un hématome infecté de l'incision.

1958 : (fin):bien ça fait en 1957 de petites hémoptysies dues à une tuberculose pulmonaire.

OBS. 32 - R... Armand, 62 ans.

K recto-sigmoïdien à bout de doigt au T.R., à 12 cm en rectoscopie.

C.R.O. 18-3-1955 (Dr. MOUCHET).

K de la jonction recto-sigmoïdienne, avec adénopathie visible et palpable remontant jusqu'à l'origine de l'A.M.I. H.C.G.V.

Histo.: épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : suppuration de paroi expliquant une fièvre persistante .

1957 : éventration de l'oblique et de la partie inférieure de la
M.S.O.

Foie débordant d'un travers de main.

Décès le 7-2-1958 de métastases hépatiques.

OBS. 33 - T... Marcelle, 61 ans.

K; recto-sigmoïdien invaginé dans le rectum où le T.R. la sent à
7 cm.

C.R.O. 4-11-1955 (Dr. MARQUAND).

K affleurant le Douglas. Blessure du rectum suturée par un point
en X - H.C.G.V. + hystérectomie totale de facilité, l'anastomose étant à
5 cm. de l'anus.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : diarrhée persistant jusqu'au 17ème jour. Choc à l'aminosol.
Thrombose droite le 11ème jour, et hémorragie par tromexane le 18ème. Throm-
bose gauche le 26ème jour.

Fièvre, purpura et arthralgies des chevilles le 28ème puis le 40ème
jour.

1959 : a éliminé des fils. Parfaite depuis.

OBS. 34 - A.... René. 59 ans.

K du sommet du sigmoïde et sigmoïdite diverticulaire en amont.

C.R.O. 26-10-1956 (Dr. MOUCHET) H.C.G.V.

Histo. : ???

Suites : infarctus probable le 9ème jour : anticoagulants (pas de
signes de phlébite).

1957 : éventration sur l'oblique du Barraya.

Décès : le 13-1-1959 de métastases hépatiques.

OBS. 35 - B... Jean 59 ans.

K du rectum à 14 cm, senti au T.R. à travers la paroi rectale antérieure.

C.R.O. 7-12-1956 (Dr. MOUCHET).

K du rectum à 2 cm. au dessus du Douglas H.C.G.V.

Histo. : ???

Suites : thrombose droite le 11ème jour et infarctus de la base droite le 16ème jour.

1958 : opéré par le Dr. CHAMPEAU, en l'absence du Dr. MOUCHET : carcinose péritonéale. Décès le 5-6-1958.

OBS. 36 - G.... Germaine, 56 ans

K du sigmoïde + bloc de branche.

C.R.O. 24-7-1956 (Dr. MOUCHET).

Tumeur volumineuse de 7 cm de long. Pas de ganglions. H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : infarctus pulmonaire droit le 8ème jour : tromexane (pas de signe de thrombose).

1959 : a éliminé un fil. Légère faiblesse de l'oblique. Bien sinon.

OBS. 37 - L M.... Marthe, 60 ans

K du sigmoïde.

C.R.O. 3-4-1956 (Dr. MOUCHET).

Virole du colon descendant. Ganglions à la trifurcation des sigmoïdes et à l'origine de l'A.M.I. - H.C.G.V. Lame et mèche.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions tous intacts.

Polypes bénins sus et sous jacents.

Suites parfaites.

1959 : deux petites éventrations sur l'oblique admettant un doigt et diastasis des droits sur trois travers de doigt sous l'ombilic. Bien sinon.

OBS. 38 - M..... Paul 60 ans.

K du colon descendant haut.

C.R.O. 25-7-1956 (Dr. MOUCHET).

Très grosse tumeur du colon descendant H.C.G.V.

Histo. : épi glandulaire cylindrique. Ganglions intacts. Polype bénin sur le colon.

Suites : saignement important par le drain aspiratif. 40° et rash scarlatiniforme le 7ème jour. Pleurésie gauche, sero-fibrineuse et amicrobienne le 9ème jour. Pneumopéritoine découvert le 14ème jour : diagnostic d'abcès sous-phrénique gauche. Incision de l'abcès, pas de communication avec le colon ; anus droit quand même.

Le 30-11-1956 : fermeture de l'anus.

1957 : ablation de fils. Eventration importante sur l'oblique et la partie haute de la médiane.

Décès : 1 an après l'H.C.G.V. environ, sans précision.

OBS. 39 - M... Louise. 54 ans.

K du sigmoïde.

C.R.O. 5-10-1956 (Dr. MARQUAND).

K du sommet de l'anse sigmoïdienne. H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non envahis.

Suites : suppuration de la partie inférieure de l'incision.

1959 : ictère 1 mois et demi après l'H.C.G.V. éventration admettant à peine un doigt à la partie moyenne de l'oblique. Infection pulmonaire traitée à Foch, pas de métastases. Bien sinon.

OBS. 40 - O.... 63 ans.

K recto-sigmoïdien perçu au T.R. à bout de doigt, probablement à travers la paroi rectale antérieure. Biopsie.

C.R.O. 5-11-1956 (Dr. MOUCHET)

Le pôle inférieur ne descend pas au dessous du Douglas. H.C.G.V. mais la section rectale ne passe que 6 cm. au dessous de la tumeur.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : petit abcès de la branche oblique du Barraya, évacué le

12ème jour avec 2 fils.

Mais en 1957 : douleurs abdominales, ballonnement : rectoscopie normale jusqu'à 17 cm.

10-10-1957 : sang dans les selles ; au T.R. induration au niveau de l'anastomose. Lav. baryté ; anastomose étroite, rigide, canaliculaire, mais muqueuse régulière.

12-1957 : rectoscopie : zone anastomotique inflammatoire avec toute petite zone de nécrose.

Décès en Mars 1958 : pelvis envahi par une récurrence locale, métastases pulmonaires bilatérales et sur le squelette du bassin. (16 mois).

OBS. 41 - P. Roger, 45 ans.

K recto-sigmoïdien à 17 cm. infranchissable au lavement baryté.

C.R.O. 9-10-1956 (Dr. MOUCHET).

Très grosse tumeur de 15 cm de long et 12 cm de diamètre, avec adhérence inflammatoire à la vessie, à une anse grêle et à l'appendice. Ganglions à l'origine de l'A.M.I. - H.C.G.V. + appendicectomie.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Sjites : parfaites.

1959 : éviscération de 3 travers de doigt à la partie basse de l'oblique. Très bien.

OBS. 42 - T... Andrée, 46 ans

K perforé et bouché du sigmoïde.

Opéré d'urgence le 23-12-1956 : anus transverse droit pour K du sigmoïde perforé et bouché par une anse grêle et l'appendice, avec abcès fusant dans le Douglas de 200 cc de pus crémeux.

C.R.O. 27-3-1957 (Dr. MARQUAND).

H.C.G.V. + énucléation d'une lésion hépatique suspecte de métastase.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non envahis. Métastase hépatique.

Suites : banales.

Fermeture de l'anus le 3-5-1957.

Décès le 30-6-1958 (16 mois) : métastases hépatiques, cutanées et abdominales généralisées (éventration de la partie basse de la M.S.O.).

OBS. 43 - C..... 42 ans.

Endométriose.

Occlusion le 9-1-1957 - guérie médicalement.

Occlusion le 22-1-1957 - anus iliaque gauche pour squirre du sigmoïde à la Réunion.

C.R.O. 13-3-1957 (Dr. MOUCHET).

Tumeur sigmoïdienne d'aspect inflammatoire, adhérente à une masse ovarienne gauche, à l'utérus et au ligament large. Quelques tâches noirâtres. Le Dg est celui d'endométriose probable. La sténose du sigmoïde siège au point où il adhère à l'ovaire gauche. Ganglions banaux à l'origine de l'A.M.I. - H.C.G.V. + hystérectomie subtotale.

Histo. endométriose sous la séreuse sigmoïdienne.

Suites : parfaites. (l'anus iliaque gauche a été enlevé au cours de l'H.C.G.V.).

1958 : parfaite.

OBS. 44 - D.... Roger, 40 ans

K recto-sigmoïdien.

C.R.O. 13-8-1957 (Dr. MARQUAND)

Tumeur prolabée dans le cul de sac vésico-rectal, adhérente à la face antérieure du rectum qu'elle envahit à ce niveau et à la paroi latérale droite du petit bassin, infiltrant le péritoine péri-urétéral. Ganglions mous à l'origine de l'A.M.I. - H.C.G.V. avec anastomose à 5 cm. de l'anus.

Dossier égaré.

1959 : bien : pense à se marier.

OBS. 45 - F.... Denise, 68 ans

K du sigmoïde palpé dans la F.I.D. et retrouvé au T.R.

C.R.O. 31-5-1957 (Dr. MOUCHET).

H.C.G.V. + ablation des annexes gauches collant à la tumeur.

Histo : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : parfaites.

1959 : a fait une suppuration sur fil. Eventration ombilicale de 2 doigts. Bien sinon.

OBS. 46 - G.... Simone, 55 ans.

K recto-sigmoïdien à 13 cm. Accessible au T.R. surement invaginé.

C.R.O. 18-12-1957 (Dr. MARQUAND).

H.C.G.V.

Histo.: épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : phlébite superficielle des 2 saphènes internes variqueuses. Fébricule persistante. Douleurs abdominales, fièvre ; leucocytose puis tuméfaction du flanc gauche font porter après explorations radiologiques, le Dg d'épanchement urinaire suspecté sur une ponction ramenant un liquide clair et inodore. Réopérée le 28-1-1958 point de péritonisation embrochant l'urètre gauche, ablation et mise en place d'une sonde urétérale.

Guérison.

1959 - fistulettes sur fils. U.I.V. normale. Bien.

OBS. 47 - L.... René, 59 ans.

Sigmoïdite diverticulaire.

C.R.O. 9-8-1957 (Dr. GARCIN)

Magma d'adhérences soudant l'anse sigmoïdienne à la vessie et au Douglas dont le péritoine est très infiltré. H.C.G.V.

Histo. : Sigmoïdite

Suites : parfaites

1959 : parfait.

OBS. 48 - M... Charles 56 ans.

K du sigmoïde palpable.

C.R.O. 10-7-1957 (Dr. MOUCHET)

K de la branche ascendante du sigmoïde H.C.G.V.

Histo.: épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : parfaites.

1959 : très bien.

OBS. 49 - M.... Blanche, 79 ans

K recto-sigmoïdien senti au T.R. à travers la paroi rectale.

C.R.O. 26-4-1957 (Dr. MOUCHET).

Tumeur volumineuse à 3 travers de doigt au dessus du Douglas. H.C.G.V.

Histo. : épi. cylindrique glandulaire. Ganglions intacts.

Suites : petit hématome de paroi infecté évacué le 6ème jour.

1959 : gênée par constipation et gaz. Faiblesse de l'oblique. Bien sinon, anastomose perçue au T.R.

OBS. 50 - N.... Lucien, 73 ans

K recto-sigmoïdien avec anus iliaque gauche établi ailleurs.

C.R.O. 11-10-1957 (Dr. MOUCHET).

K recto-sigmoïdien sans ganglions perceptibles - H.C.G.V. enlevant l'an.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions ???

Suites : parfaites.

8-1958 : Opéré pour occlusion du grêle par agglutination d'anses sur métastases du grêle, du mésentère et métastases hépatiques vérifiées histologiquement.

Vivant fin 1958, mais en facheux état.

OBS. 51 - S.... Henri, 52 ans.

K du rectum à 10 cm, senti au T.R. chez un tuberculeux pulmonaire

B.K. +++

C.R.O. 21-5-1957 (Dr. MOUCHET).

Grosse tumeur descendant jusqu'au fond du Douglas avec une anse grêle le bouchant une perforation néoplasique de la face antérieure du rectum - H.C.G.V. + résection de l'anse grêle, anastomose presque au releveurs.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : parfaites

1959 : très bien.

OBS. 52 - W.... 50 ans,

Sigmoïdite diverticulaire sténosante avec amaigrissement de 20 Kg.

C.R.O. 24-4-1957 (Dr. MOUCHET).

Enorme tumeur inflammatoire adhérente à la vessie. H.C.G.V.

Histo. Sigmoïdite chronique sans signes de malignité,

Suites : parfaites, reprise immédiate du transit.

1958 : parfait.

OBS. 53 - A.... Albert, 76 ans

K de la jonction ilio-sigmoïdienne chez un prostatique.

C.R.O. 29-4-1958 (Dr. CAMEY).

Grosse tumeur de la partie supérieure du sigmoïde, adhérent en arrière, pénétrant dans le péritoine postérieur obligeant à racler le psoas, à enlever les vx spermatices et à dissequer l'uretère pour le refouler.

H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : vomissement, ballonnement, gaz le 4ème jour et selle le 7è

1959 : serait parfait si un usage intempestif de laxatifs ne déclenchait une diarrhée liquide et même glaireuse.

OBS. 54 - C..... 49 ans.

K Recto-sigmoïdien. Biopsie.

15-10-1958 (Dr. MOUCHET)

Petit K. recto-sigmoïdien avec métastases hépatiques palpables dans les deux lobes.

De grosses adénopathies de la fourche de l'hémorroïdale sup. et un gros ganglion à l'origine de l'A.M.I. forcent à une H.C.G.V.

Histo. : épi glandulaire atypique. Ganglions envahis

Suites parfaites.

1959 : très bien.

OBS. 55 - C.... Suzanne, 64 ans

K du sigmoïde ayant donné un épisode subocclusif.

C.R.O. 20-6-1958 (Dr. MARQUAND).

Squ Coast du sigmoïde - H.C.G.V.

Histo.: épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : thrombose : tromexane.

1959 : a éliminé 2 fils. Bien.

OBS. 56 - C.... Marie-Louise, 38 ans.

K rectal sténosant à 13 cm

C.R.O. 7-3-1958 (Dr. MARQUAND)

La tumeur affleure le Douglas H.C.G.V. + Hystérectomie totale , anastomose à 4 cm de l'anus.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non envahis.

Suites : simples.

1959 : bien, anastomose perçue au T.R.

OBS. 57 - F.... 54 ans.

K du sigmoïde senti dans le Douglas, vu en rectoscopie et biopsie.

C.R.O. 3-12-1958 (Dr. MOUCHET).

Grosse tumeur de la branche descendante du sigmoïde, avec ganglion petit, dur, préaortique au bord inférieur de D3 - H.C.G.V. emportant ce ganglion.

Histo.: épi. glandulaire. Ganglions envahis.

Suites : hématome suppuré au dessus de l'ombilic.

1959 : bien.

OBS. 58 - G... 54 ans.

K recto-sigmoïdien, senti au T.R. bombant dans le Douglas.

C.R.O. 19-5-1958 (Dr. MOUCHET).

Le pôle inférieur affleure le Douglas H.C.G.V. + hystérectomie totale car anastomose très basse.

Histo. : épi. glandulaire cylindrico-cubique . Ganglions envahis.

Polype bénin à distance.

Suites : parfaites.

1959 : phlébite du membre inférieur gauche, devant faire envisager une récurrence locale comprimant la veine iliaque primitive bien que non perçue.

OBS. 59 - L..... Hélène 51 ans.

K recto-sigmoïdien à 15 cm.

C.R.O. 15-4-1958. (Dr. MOUCHET).

K à 3 cm au dessus du Douglas - H.C.G.V.

Histo. épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : fébricule jusqu'au 14 ème jour, Diarrhée jusqu'au 22ème jour.

1959 : retient mal les gaz et les matières liquides. Bien sinon.

OBS. 60 - L..... Geneviève, 45 ans.

K recto-sigmoïdien. Biopsie.

C.R.O. 16-9-1958 (Dr. MOUCHET).

Gros K de la partie descendante du sigmoïde infiltrant la région pelvienne latérale droite, adhérente à la face postérieure de l'utérus et infiltrant la 1/2 droite du Douglas - H.C.G.V. + hystérectomie subtotale.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : simples.

1959 : bien, anastomose perçue au T.R.

OBS. 61 - M... Céline, 51 ans

K du sigmoïde à 25 cm. Biopsie.

C.R.O. 7-10-1958 (Dr. MOUCHET).

K de la branche descendante du sigmoïde H.C.G.V.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : fébricule jusqu'au 10ème jour.

1959 : parfait.

OBS. 62 - M.... Georges, 80 ans.

K du sigmoïde.

C.R.O. 9-5-1958 (Dr. MARQUAND).

K du sigmoïde adhérent à la corne vésicale gauche. Pas de ganglions importants.

H.C.G.V. et ablation d'une lésion hépatique suspecte.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions non envahis

Métastase hépatique.

Suites : simples.

1959 : éventration de 4 cm, à la jonction oblique-médiane et diastasis des droits de 5 travers de doigt. Bien.

OBS. 63 - P... Marcel 62 ans.

K du rectum à 12 cm, perçu à bout de doigt au T.R.

C.R.O. 16-9-1958 (Dr. MARQUAND)

La tumeur affleure le Douglas H.C.G.V. Mais la section ne passe que 8 cm en dessous.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : simples.

1959 : a éliminé des fils. Bien, un peu constipé.

OBS. 64 - T.... Henri, 55 ans

Sténose du sigmoïde chez un cirrhotique.

C.R.O. 9-9-1958 (Dr. MARQUAND).

La tumeur adhère à la paroi pelvienne latérale gauche et à la face postérieure de la vessie. Ganglions à l'origine de l'A.M.I. - H.C.G.V.

Histo.: Sténose tuberculeuse du sigmoïde. Ganglions intacts. Cirrhose hépatique.

Suites : pleurésie droite discrète.

1959 : est encore soigné pour tuberculose et cirrhose. Bien côté colique.

OBS. 65 - V.... André 49 ans.

K du sigmoïde, polype enlevé peu de temps auparavant.

C.R.O. 24-6-1958 (Dr. MOUCHET).

K du sigmoïde H.C.G.V. mais la traction sur le ligament suspenseur de l'angle gauche au cours du décollement de cet angle, difficile chez un sujet gras, entraîne une petite déchirure de la capsule de la rate, et une splénectomie difficile sur une rate petite, haute, adhérent en totalité à sa loge. Lame, mèche et deux drains aspiratifs.

Histo. : épi. glandulaire cylindrique. Ganglions intacts.

Suites : hémorragie abondante la nuit, avec saignement anormal dans le pansement au niveau de la lame et de la mèche, transfusion de 1 litre de sang. Fièvre d'emblée, entre 38° et 39°. Les drains aspiratifs sont enlevés le 4ème jour, la mèche le 6ème (écoulement sanglant modéré derrière) et la lame le 8ème jour. Echec des antibiotiques sur la fièvre. Vomissements et ballonnement, gaz le 5ème jour et selle le 6ème, mais diarrhée liquide et noire pendant 6 jours. Le 6ème jour écoulement purulent discret par les deux orifices des drains aspiratifs, avec placard inflammatoire à ce niveau. Traitement local, antibiotiques adaptés aux germes trouvés dans ce pus. Echec. Le 15ème jour, incision de cet abcès ; pas de communication profonde découverte ; amélioration transitoire. Lavement baryté le 30ème jour révèle une fuite colique, mais 20 cm au moins au-dessus de l'anastomose, que les caractères du pus n'évoquaient nullement. Anus transverse droit : amélioration passagère. Ecoulement abondant de pus et

de sang par la plaie de drainage latérale.

Fistule gastrique évidente le 47ème jour, jéjunostomie, au cours de laquelle il fut impossible de trouver l'orifice gastrique en raison d'un barrage d'adhérences dans l'hypocondre gauche, infranchissable. Décès le 66ème jour.

C O N C L U S I O N S

Les travaux récents, portant sur l'étude histologique de l'envahissement des ganglions du groupe principal à l'origine de l'artère mésentérique inférieure, et sur l'envahissement veineux au cours des cancers du colon gauche et du haut rectum, semblent bien avoir prouvé que cet envahissement est précoce et fréquent, contrairement à l'opinion classiquement admise. C'est pour cette raison que l'H.C.G.V. apparaît à l'heure actuelle comme la seule intervention logique sur le plan carcinologique pour le traitement de ces cancers, la seule qui puisse mériter dans l'état actuel de nos connaissances le nom d'intervention curatrice.

Mais il est fait plusieurs reproches à cette intervention sur le plan pratique :

- 1°) - Allonger la durée totale de l'intervention, et par là même le risque opératoire.

Nous pensons pouvoir affirmer que ce reproche n'est pas valable. En effet, notre mortalité globale n'est que de 3,07 % sur les 65 H.C.G.V. étudiées, dont 51 en un seul temps. En ne tenant compte que des 57 H.C.G.V. pour cancer rectal ou colique, qui ont donné les deux morts opératoires, cette mortalité n'est encore que de 3,50 %, avec 43 H.C.G.V. sans dérivation.

De plus nos cas n'ont été choisis qu'en fonction de critères carcino-
logiques et nous l'avons pratiquée même dans les mauvais risques chirurgicaux. Les
statistiques américaines donnent des pourcentages analogues. Ces chiffres
supportent aisément la comparaison avec les meilleures statistiques de co-
lectomies segmentaires.

2°) - Etre ou trop ou pas assez.

Trop, si les ganglions principaux ne sont pas envahis. Elle n'est
pas superflue dans ce cas, parce que :

- d'une part il est impossible de le savoir avant l'examen histo-
logique des ganglions, et nous nous refusons de jouer à pile ou
face la vie d'un malade, car les données du palper per-opératoire
ne valent guère mieux que ce jeu de hasard.
- d'autre part, le seul moyen d'enlever avec certitude la totalité
des ganglions du groupe intermédiaire, étalés au voisinage de
l'origine des branches collatérales de l'artère mésentérique in-
férieure et de part et d'autre de cette artère, est de sacrifier
cette artère. Or il est classique d'enlever la totalité de ce
groupe, ou au moins de croire le faire.

Pas assez, et inutile et superflue si ces mêmes ganglions sont en-
vahis, car l'envahissement a sûrement gagné bien au-delà. C'est une affir-
mation gratuite et rien ne permet de dire et de savoir si cette ultime bar-
rière accessible chirurgicalement a été ou non franchie, si ce n'est l'é-
volution. Et de fait sur nos 4 cas avec envahissement du groupe ganglion-
naire principal ayant un recul suffisant, certes deux sont morts rapide-
ment et dans ces deux cas l'ultime barrière était franchie, mais les deux
autres sont vivants, l'un (obs. 21) 4 ans et 9 mois plus tard et l'autre
(obs. 24) 3 ans et 9 mois après.

Ne pas faire d'H.C.G.V. de principe revient donc à condamner un
malade sur deux environ ayant un envahissement du groupe ganglionnaire
principal, soit, cet envahissement existant dans 15 à 20 % des cas de can-

cer du colon gauche et du haut rectum, 7 à 10 malades sur 100 ayant un cancer à ce niveau !

Nous nous y refusons.

3°) - Faire courir un risque important de mauvaise vascularisation de l'intestin restant

Notre expérience personnelle, de même que celle des chirurgiens de plus en plus nombreux pratiquant des H.C.G.V. permet d'affirmer que ce risque n'existe, ni pour le bout colique supérieur à condition de couper suffisamment près de l'angle gauche, ni pour le segment rectal ou même recto-sigmoïdien toujours très bien vascularisé, soit par les seules artères hémorroïdales inférieures soit par elles et les hémorroïdales moyennes.

4°) - Les difficultés techniques pour trouver l'origine de l'artère mésentérique inférieure.

Elles ne peuvent exister que si on lie en premier les vaisseaux. Encore sont-elles toutes relatives.

L'H.C.G.V. ne mérite donc aucun des reproches qui lui ont été faits. Mais il faudrait pour convaincre définitivement les chirurgiens réticents apporter des résultats à 5 ans bien supérieurs à ceux de la colectomie segmentaire classique. Malheureusement nous n'avons pas un nombre suffisant d'opérés ayant un tel recul pour pouvoir porter un jugement. Toutefois quelques remarques s'imposent :

- il sera difficile de faire des comparaisons valables par rapport à des statistiques déjà anciennes de colectomies segmentaires, car l'opérabilité a nettement augmenté et des cas très évolués sont opérés aujourd'hui radicalement, qui naguère ne subissaient qu'une intervention palliative ou une simple exploration. C'est augmenter le risque de récives.
- le recul à 5 ans est très théorique pour juger de la guérison des opérés. Deux de nos opérés ont récidivé au bout de ce laps de temps

- enfin, l'amélioration des résultats par l' $\text{H}_2\text{C}_6\text{G}_5\text{V}$, ne peut être
mirifique. En admettant qu'on sauve ainsi un malade sur deux ayant
un envahissement du groupe ganglionnaire principal, ce qui serait
merveilleux, on ne peut guère espérer qu'une guérison de 7 à 10 %
de malades en plus de ce fait.

Vu, le Président de Thèse:
Professeur FUNCK-BRENTANO

Vu, Le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

(Pour la bibliographie antérieure à 1954, consulter la thèse de VIDAL, Paris 1954, et le livre de ROUX et CARCASSONNE : "Les cancers du colon" Masson Edit. Paris 1955).

- I - ADAMSON N.E. Jr. : Importance de l'invasion vasculaire et des cellules tumorales desquamées dans les cancers du colon et du rectum.
Surgical clinic of North-America, 1957-37-749.
- II - AULT & GARNETT : Techniques d'isolement du cancer et de dissection étendues pour les cancers du colon et du rectum.
Surgery, gynecology and Obstétrics, vol.106 n°4
Avril 1958 - 467.
- III- BACON H. : Cancer du colon et du rectum
Surgery (St. Louis) vol. 41, n° 3 - Mars 1957.
- IV - BACON TRIMPI ET VALENTE : Dissection du groupe ganglionnaire principal à l'origine de l'artère mésentérique inférieure et ligature de cette artère à son origine.
Western Journal Of Surgery - 63- 181 - 1955.
- V - BERTRAND P.J. : Bases anatomiques et techniques de l'hémi-colectomie gauche pour cancer.
FRANCILLON & Coll.

- : Annales de Chirurgie, vol. II, n° 13-14 - 907
917, Juillet 1957.
- VI - BERTRAND P.
FRANCILLON & Coll.
- : La résection par voie abdominale des cancers
recto-sigmoïdiens.
Annales de Chirurgie, vol. II n° 13-14 - 899
905, Juillet 1957.
- VII - BERTRAND P.
FRANCILLON & Coll.
- : sur le traitement du cancer recto-sigmoïdien
et en particulier sur la résection colo-rec-
tale, par voie abdominale.
Lyon Chirurgical 1956, t. 51, N° 5 - 568-574.
- VIII - CAHEN Jean
- : Les indications et les résultats éloignés de
la résection antérieure et de l'amputation
dans les cancers du rectum.
Acta Belgica Chirurgica, 1-1-1957 - 56-31-37.
- IX - CARCASSONNE F. & M.
- : A propos de 165 exérèses du colon gauche.
Marseille Chirurgical, 10ème année, n° 5
Oct.-Déc. 1958-559.
- X - CASTRO A. F.
- : Technique chirurgicale de ligature de l'ar-
tère mésentérique inférieure et lymphadé-
ctomie pré-aortique.
Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1956 -
102 - 374.
- XI - COLCOCK B.
- Cancer du colon et du rectum.
Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. 105
n° 6 déc. 1957.
- XII - COLE N. H. & PACKARD et
H. W. SOUYWICK
- : Etude spéciale de la prévention des récidiv-
es dans le cancer du colon.
J. A. M. A. vol. 155, n° 18 - 28-8-1954, P. 1549.
- XIII - D'AVILLA S.
- : Cancer du colon (n'a pu être consulté).
Boletim de Colegio Brasileiro de cirurgoes
(Rio de Janeiro); vol. 28, n° 10-11, oct.-
Nov. 1956.

- XIV - DELANOY E. : Notre expérience à propos de 80 cas de cancers du colon gauche.
Lyon chirurgical (t.50) n° 6,8-9-1955.
- XV - FINOCHITTO R. : Historique, évolution et état actuel de la chirurgie du cancer du colon.
La Prensa Médica Argentina, vol. 64, n° 41, 11-10-1957, 100-130.
- XVI- FISCHER R. & R.B. TURNBULL Jr. : La démonstration cytologique et l'importance des cellules tumorales dans le sang veineux mésentérique chez les sujets porteurs d'un cancer colorectal.
Surgery, Gynecology and Obstetrics, 100, 102, 108 Janvier 1955.
- XVII-FRIESEN S. : Critères pour la colectomie satisfaisante dans les cancers du colon gauche.
Archives of Surgery (Chicago), vol.75,n°3,342-351 Sept. 1957
- XVIII-CRINELL R. : Colectomie totale et subtotale dans les cancers et la polypose coliques.
Surgery, gynecology and obstetrics, vol.106,n°3 Mars 1958.
- XIX - HUGUES E.S.R.& KERNUTT H.R. : Hémicolectomie gauche pour cancer du colon
Medical journal of Australia, 24-7-1954, 41 n°4 120-124.
- XX - LE QUESNE, THOMSON : Récidive locale du cancer du colon et du rectum.
The New England journal of Medecine, vol.258, n°12 20-3-1958.
- XXI- MAC ELWAIN-BACON & coll. : Cancer du rectum, exérèse lymphatique.
Surgery - 35, 513,1954.
- XXII- MAC ELWAIN, BACON et TRIMPI : Métastases ganglionnaires. Expérience avec ligature de l'artère mésentérique inférieure dans le cancer du rectum
Surgery, 1954,35-513.

- XXIII - MULHOLAND J.H. : Traitement du cancer du colon et du rectum.
New-York State Journal of Medecine, n°21-
1-11-1955 (n'a pu être consulté).
- XXIV - PAULINO : Cancer du colon
Revista Brasileira de Cirurgia (Rio de Janeiro)
Vol. 30 n° 1 - 7-1955.
Revista Brasileira de cirurgia (Rio de Janeiro)
vol.31 n° 1, 1-1956 (n'a pu être consulté).
- XXV - PEREIRA A.F. : Technique chirurgicale de la colectomie gauche
en un temps.
Revista Brasileira Cirurgia (Rio de Janeiro)
Vol.31, n°3, 3-1956, 418-419.
- XXVI-POMERANZ A.A. et : Récidives par desquamation des cellules mali-
CARLOCK J.H. gnes J.A.M.A. vol.158,n°16 - 20-8-1955.
- XXVII - POSTLETHWAIT et : Cancer du colon et du rectum.
ADAMSON Surgery, gynecology and obstetrics, vol.106,
n°3 - 3-1953.
- XXVIII - EDISON DE OLIVEIRA : Ligature de l'artère mésentérique inférieure
J.WEPPECK, N.MARCOUDES CELSO-au dessus de l'artère colique gauche pour can-
(Sao-Paulo). cer du colon et du rectum, megacolon et recti-
te sténosante.
Anais Paulistas de Medecina et Cirurgia, vol.
71, n° 4 - 4-1956.
- XXIX- ROSI P.A. : Cancer du colon descendant et du recto-sig-
moïde.
The American Journal of Gastro-enterology
(New-York), vol.25, n°6 - 6-1956 (n'a pu être
consulté.)
- XXX - ROSI P.A. : Sélection des opérations pour cancer du colon.
Surgical clinic of North-America 34,221,1954.

Nous rappelons les références des citations des Mémoires de l'Académie de
Chirurgie.

LOYGUE J. : Le rétablissement immédiat de la continuité intestinale après résection du colon gauche M.A.C. 1957, 83, n°25-26 - 787-793.

MOUCHET A. et: A propos des colectomies gauches pour cancer.

J. MARQUAND M.A.C. 8-12-1954, 80 n° 33-34, 920-925.

MOUCHET A. - J. MARQUAND - M. CAMEY et J.P. GARCIN :

A propos du rétablissement immédiat de la continuité après colectomies gauches pour cancer.

M.A.C., 11 et 18-12-1957, 83 n° 31-32, 985-988.

QUENU J. : Intervention dans la discussion.

M.A.C. 8-12-1954, 80, N° 33-34-923.

WELTI H. : Tendances actuelles en chirurgie colique.

M.A.C. 1954 - 644.



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90